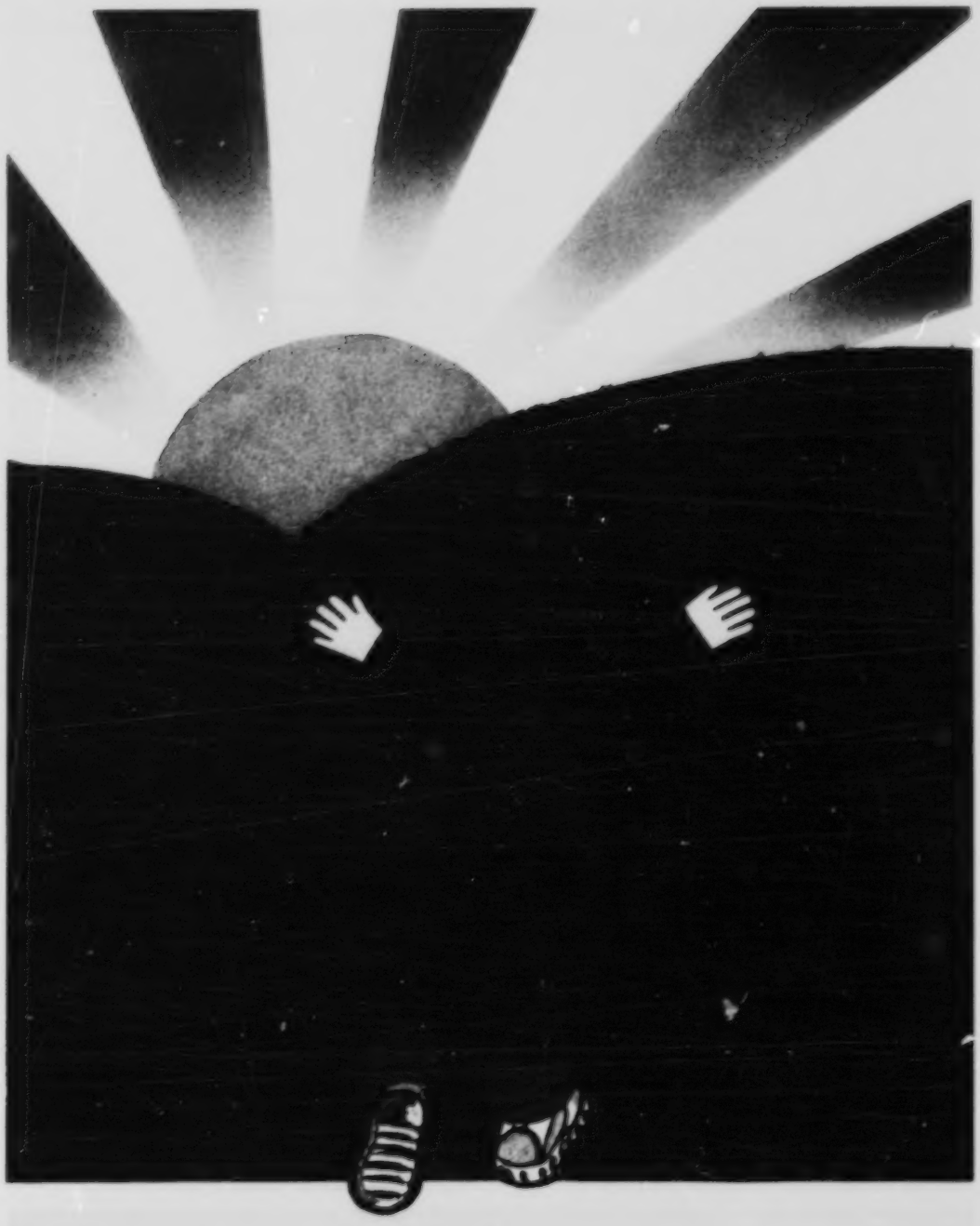
# PARTIR D'UN BON PAS POUR UN AVENIR MEILLEUR



Ontario

Ministère des
Services sociaux
et communautaires

Charles Beer
Ministre

**PARTIR D'UN BON PAS, POUR UN AVENIR MEILLEUR :**

**UN MODÈLE INTÉGRÉ DE PRÉVENTION PRIMAIRE**

**DES DIFFICULTÉS AFFECTIVES ET COMPORTEMENTALES**

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 1989
1M/9/89
ISBN 0-7729-6149-2

**PARTIR D'UN BON PAS, POUR UNE AVENIR MEILLEUR:** 90-04387/

**UNE MODÈLE INTÉGRÉ DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES DIFFICULTÉS AFFECTIVES ET COMPORTEMENTALES**

---

## TABLE DES MATIÈRES


Page v **REMERCIEMENTS**

Page xi **PRÉFACE**

**CHAPITRES**

Page 1 **I. INTRODUCTION**

Page 1 A. Généralités

Page 4 B. But du présent document

Page 9 **II. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE : SOINS PRÉNATALS ET ENFANTS EN BAS ÂGE**

Page 10 A. Revue de la documentation et des programmes

Page 17 B. Thèmes communs

Page 20 C. Limites de ces programmes

Page 21 D. Caractéristiques des programmes efficaces

Page 24 E. Orientations futures de la recherche

Page 27 **III. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE : ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE**

Page 27 A. Revue de la documentation et des programmes

Page 37 B. Thèmes communs

Page 41 C. Limites de la recherche

Page 42 D. Caractéristiques des programmes efficaces

Page 45 E. Orientations futures de la recherche

Page 49 **IV. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE : ENFANTS DU CYCLE PRIMAIRE**

Page 49 A. Revue de la documentation et des programmes

Page 62 B. Thèmes communs

Page 64 C. Limites de la recherche

Page 65 D. Caractéristiques des programmes efficaces

Page 69 E. Orientations futures de la recherche

Page 71 **V. LIMITES DE LA RECHERCHE ACTUELLE EN PRÉVENTION PRIMAIRE**

Page 75 **VI. DIRECTIVES CONCERNANT LA PARTICIPATION DU MILIEU**

Page 75 A. Définitions et terminologie

Page 78 B. Thèmes communs

Page 79 C. Directives

Page 95 **VII. LA RECHERCHE : QUESTIONS ET DIRECTIVES**

Page 95 A. Questions essentielles

Page 97 B. Directives pour l'élaboration des programmes

Page 100 C. Directives pour l'évaluation des programmes

Page 103 D. Directives pour la mise en oeuvre de l'évaluation

Page 106 E. Directives pour le choix et l'utilisation des mesures d'évaluation

Page 111 F. Directives pour l'évaluation des analyses de coûts

Page 112 G. Considérations déontologiques

Page 115 **VIII. UN MODÈLE INTÉGRÉ DE PRÉVENTION PRIMAIRE**

Page 115 A. Thèmes communs

Page 119 B. Le modèle intégré recommandé

## ANNEXES


| | |
|---|---|
| Page 125 | Annexe A: Quelques exemples de programmes bien conçus et bien documentés |
| Page 145 | Annexe B: Liste des membres du Groupe de consultation technique |
| Page 151 | Annexe C: Bibliographie thématique : Soins prénatals et enfants en bas âge |
| Page 159 | Annexe D: Bibliographie thématique : Enfants d'âge préscolaire |
| Page 163 | Annexe E: Bibliographie thématique : Enfants du cycle primaire |
| Page 169 | Annexe F: Bibliographie thématique : Participation du milieu |
| Page 175 | Annexe G: Bibliographie thématique : Recherche |
| Page 185 | Annexe H: Liste des programmes ontariens |
| Page 191 | Annexe I: Programmes américains |
| Page 193 | Annexe J: Adjoints de recherche |
| Page 195 | Annexe K: Aide du personnel du ministère des Services sociaux et communautaires |

## REMERCIEMENTS

Le ministère désire souligner la qualité exceptionnelle du travail accompli par les membres du Groupe de consultation technique, qui ont consacré leur temps et leur compétence à ce projet en travaillant au cours de l'été pour respecter la date limite fixée par le ministère. L'ampleur du présent document témoigne du dynamisme remarquable avec lequel ils ont élaboré un modèle expérimental de recherche d'avant-garde en prévention primaire pour l'Ontario. Nous tenons à remercier chacune des personnes suivantes de sa contribution :

**Maru Barrera, M.A., Ph.D.** - Coprésident. Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Professeur adjoint
Département de psychiatrie
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Directeur
Prog. Nourrissons-parents-enfants
Hôpitaux Chedoke-McMaster
Hamilton (Ontario)

**Dianne Bennett-Gates, M.Ed., Ph.D.** - Sous-groupes :
Enfants d'âge préscolaire et Recherche

Sciential Research and Computer Services Inc.
Mississauga (Ontario)

**Peggy Birnberg** - Sous-groupe : Participation du milieu

Directrice générale
Opportunity for Advancement
Toronto (Ontario)

**Douglas Brown, Ph.D.** - Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Directeur général
Centre d'évaluation et de services à l'enfance
Burlington (Ontario)

**Joy Davey, Ph.D., C.Psych.** - Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Psychologue
(pratique privée)
London (Ontario)

Directrice (jusqu'en juin 1988)
University Laboratory Preschool
Université Western Ontario
London (Ontario)

**Joey Davidson, B.Sc.N., M.B.A.** - Sous-groupe : Recherche

Superviseur, Soins infirmiers en santé mentale
Division des soins infirmiers
Services de santé de Scarborough
Scarborough (Ontario)

**Margaret Deeth, B.A., A.T.C.M.** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Coordonnatrice
Éducation de la petite enfance
Conseil de l'éducation de Toronto
Toronto (Ontario)

**Barrie Evans, Ph.D., C.Psych.** - Coprésident. Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Directeur des services à l'enfance
Centre Madame Vanier des services à l'enfance
London (Ontario)

**Betty Flint, professeure honoraire** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Coordonnatrice
The Infant Centre
Institute for Child Study
Toronto (Ontario)

**Benjamin H. Gottlieb, M.S.W., Ph.D.** - Sous-groupe : Participation du milieu

Professeur
Département de psychologie
Université de Guelph
Guelph (Ontario)

**André Guitard, M.Ed.** - Sous-groupe : Participation du milieu

Directeur général
Centre des Services familiaux de Prescott-Russell
Hawkesbury (Ontario)

**Bryan Hayday, B.A., M.A.** - Président. Sous-groupe : Participation du milieu

Directeur général
Centre ontarien d'information en prévention
Toronto (Ontario)

**Irene Kyle** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Directrice générale
Canadian Mothercraft Society
Toronto (Ontario)

**Betty Ann Manuel, B.Sc.N.** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Superviseure, Santé mère-enfants
Municipalité régionale de Durham
Département des services de santé
Oshawa (Ontario)

**Sharon Marcovitch, Ph.D., C.Psych.** - Présidente. Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Codirectrice
Unité d'évaluation du développement
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

**Dan Offord, M.D., FRCP (C)**, National Health Scientist - Président. Sous-groupe : Recherche

Professeur de psychiatrie
Chef de département, Psychiatrie infantile
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Directeur de la recherche
Centre des services familiaux
Hôpitaux Chedoke-McMaster
Hamilton (Ontario)

**Gabrielle O'Reilly, B.A., M.Ed.** - Présidente. Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Professeure adjointe
Faculté d'éducation
Université York
North York (Ontario)

**S. Mark Pancer, Ph.D., C.Psych.** - Sous-groupe : Recherche

Professeur adjoint
Département de psychologie
Université Wilfrid-Laurier
Waterloo (Ontario)

**Peter Penz, B.A., M.A., D.Phil.** - Sous-groupe : Recherche

Professeur adjoint
Faculté des Sciences de l'environnement
et Études supérieures en travail social
Université York
North York (Ontario)

**Ray DeV. Peters, Ph.D.** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Professeur adjoint
Département de psychologie
Université Queen
Kingston (Ontario)

Expert-conseil en recherche
Centre des services à l'enfance
Beechgrove
Kingston (Ontario)

**Frances Poleschuk, B.A., M.Ed.** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Directrice, Association canadienne pour les jeunes enfants
Vickers Heights (Ontario)

**Ada Schermann** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Conférencière et expert-conseil en éducation
Faculté d'éducation
Toronto (Ontario)

**Malcolm Shookner, B.A., M.A.** - Sous-groupe : Participation du milieu

Coordonnateur général
North York Inter-Agency and Community Council
North York (Ontario)

**Carole Sinclair, Ph.D.** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Directrice
The Dellcrest Resource Centre
Downsview (Ontario)

**Clara Will, B.A., B.Ed.** - Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Directrice générale
Adventure Place
Willowdale (Ontario)

Le ministère et le Groupe de consultation technique désirent également souligner que le présent rapport n'aurait pas eu la même ampleur sans les efforts particuliers des adjoints de recherche, qui ont pris en charge la recherche informatisée de la documentation et ont résumé avec soin les études, interviewé les principaux responsables des programmes ontariens et présenté leurs conclusions aux membres du Groupe de consultation technique. Nos remerciements s'adressent aux personnes suivantes : Heather Anne Driver, B.A., M.S.W., Université de Toronto; Kathleen Kitching, B.A.(Hon), M.A., Université Wilfrid-Laurier; Margaret Matthews, Ph.D. (études en cours), Université Queen; Karen Purvis, M.A. (études en cours), Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, et Linda Steenson, B.A., Université de Guelph.

Le ministère des Services sociaux et communautaires et le Groupe de consultation technique tiennent également à rendre un hommage particulier à Bryan Hayday, directeur du Centre ontarien d'information en prévention, et à son personnel pour leur disponibilité et la compétence avec laquelle ils ont établi les sources de la documentation et les programmes ontariens pertinents à l'appui du travail du Groupe de consultation technique. Leur vivacité d'esprit et leur serviabilité ont facilité le travail considérable demandé par cette revue de la documentation.

**Naomi Rae Grant, M.B., B.S., FRCP(C)**
Présidente
Groupe de consultation technique

Professeure de psychiatrie infantile et de pédiatrie
Chef de département, Psychiatrie infantile
Université Western Ontario

**Carol Crill Russell, M.S.W., Ph.D.**
Coordonnatrice, Élaboration de projets
Initiative de prévention primaire
Direction des services à l'enfance
Ministère des Services sociaux et communautaires

## PRÉFACE

Le présent document est le fruit de la collaboration entre la Direction des services à l'enfance, du ministère des Services sociaux et communautaires, et le Groupe de consultation technique, dans le cadre de l'initiative coordonnée de prévention primaire. Dès la fin de mai 1989, le ministère invitait le Groupe de consultation technique, comprenant 25 chercheurs et directeurs de programmes de l'Ontario, à passer en revue la documentation et les programmes sur la prévention primaire des difficultés affectives et comportementales chez les jeunes enfants des milieux défavorisés. Ã partir de cette revue, le Groupe de consultation technique a d'abord préparé un document qui présentait un résumé des conclusions et recommandait au ministère un modèle pour la mise en oeuvre d'un projet expérimental de recherche. En collaboration avec le ministère, il a ensuite préparé cette publication à l'intention des directeurs de programmes, des organismes et des milieux qui s'intéressent à la mise en oeuvre de programmes de prévention primaire d'avant-garde, pour faire le point sur l'état de ces programmes.

La principale caractéristique de cette "équipe multidisciplinaire" était sa grande diversité. La richesse et l'ampleur de son expérience ont fortement contribué à déterminer l'orientation et les résultats escomptés de cette revue, sans qu'aucune profession ou théorie particulière ne puisse s'imposer aux autres. Le défi constant a toujours été de bien établir et justifier les conclusions.

Le Groupe de consultation technique a constitué cinq sous-groupes : soins prénatals et enfants en bas âge, enfants d'âge préscolaire, enfants du cycle primaire, participation du milieu et recherche. Jusqu'à tout récemment, peu d'efforts ont été faits pour regrouper ces cinq domaines en un ensemble commun. En plus de profiter des perspectives individuelles de 25 personnes, l'étude s'est enrichie des points de vue de cinq sous-groupes. Compte tenu de l'expérience professionnelle diversifiée de ses membres et du caractère distinct des sources documentaires, il est plutôt remarquable que les membres du Groupe de consultation technique se soient entendus pour recommander un modèle intégré. Pourtant, le modèle le plus fortement soutenu dans la revue de la documentation et des programmes est un modèle intégré. Les milieux ou les organismes qui mettront en oeuvre le modèle intégré recommandé, selon l'un ou l'autre des deux types, dans un projet expérimental de recherche bien établi, se situeront à l'avant-garde dans le domaine des programmes et de la recherche en prévention primaire.

**PARTIR D'UN BON PAS, POUR UN AVENIR MEILLEUR**

**UN MODÈLE INTÉGRÉ DE PRÉVENTIOM PRIMAIRE DES DIFFICULTÉS AFFECTIVES ET COMPORTEMENTALES**

---

## I. INTRODUCTION

### A. GÉNÉRALITÉS

Le ministère des Services sociaux et communautaires rendait public, au printemps 1988, un document de travail intitulé "Investing in Children: New Directions in Child Treatment and Child and Family Intervention". L'une des principales orientations recommandées dans ce document pour les services à l'enfance est la "prévention primaire chez les populations à risque". L'étude épidémiologique intitulée "Ontario Child Health Study", réalisée en 1983 sur la santé mentale des enfants, établissait que les enfants vivant dans des milieux à faibles revenus, et où une proportion importante des familles reçoivent des prestations d'aide sociale ou habitent des logements subventionnés, présentent le risque de connaître des difficultés affectives ou comportementales.

Désireux de réduire ce risque chez les enfants des milieux défavorisés, le ministère des Services sociaux et communautaires décidait d'accorder son soutien à un certain nombre de projets expérimentaux bien évalués de recherche en prévention primaire. Il établissait donc pour ces projets de prévention primaire trois objectifs :

- **Réduire l'incidence des difficultés affectives et comportementales graves, à long terme, chez les enfants;**

- **Promouvoir le développement optimal au plan social, affectif, comportemental et cognitif, chez les enfants qui risquent le plus de connaître ces difficultés;**

- **Renforcer la capacité des différents milieux de répondre efficacement aux besoins sociaux et économiques des enfants et de leurs familles.**

I INTRODUCTION

Le ministère s'intéresse activement depuis plus de dix ans à la recherche en prévention primaire. Ã partir de cette expérience et à l'appui des trois objectifs indiqués, un groupe de planification du ministère a établi **dix principes** d'orientation pour les futurs projets expérimentaux de recherche en prévention primaire :

- **Amélioration du développement individuel et du milieu** : Les programmes doivent permettre à la fois d'améliorer la santé mentale des enfants et de promouvoir un milieu plus sain à leur intention.

- **Accessibilité** : Les programmes doivent viser les milieux à risques élevés et être librement accessibles à tous les enfants de ces milieux.

- **Absence de stigmatisation** : Les programmes doivent empêcher toute possibilité de stigmatisation.

- **Participation des familles et du milieu** : En plus d'être axés sur les besoins des enfants, les programmes doivent tenir compte de la participation des familles et du milieu dans leur élaboration et leur mise en oeuvre.

- **Résultats personnels et sociaux et incidences financières** :
  Les programmes doivent :

  - favoriser le plus possible des résultats positifs immédiats, à moyen et à long terme;

  - permettre des économies par rapport aux autres programmes et services.

- **Validité et fiabilité** : Il doit être établi, à partir d'une évaluation de programmes efficaces analogues, que les programmes réduisent de façon importante l'incidence des difficultés des enfants et favorisent leur adaptation sociale.

- **Possibilité de généralisation des programmes** : Les programmes doivent pouvoir être généralisés à des milieux défavorisés analogues en Ontario. Ils doivent donc :

  - pouvoir être intégrés aux secteurs de service que l'on retrouve dans la plupart des régions (p. ex., santé publique, garderies, écoles);

  - être relativement peu coûteux;

  - tenir compte de la diversité socioculturelle des familles et des milieux.

- **Possibilité d'évaluation** : Les programmes doivent pouvoir faire l'objet d'une évaluation complète de leurs effets immédiats, à moyen et à long terme.

- **Collaboration et coordination intraministérielle et interministérielle**: Les programmes doivent favoriser la collaboration et la coordination au sein des ministères et entre les ministères, tant au niveau général qu'au niveau local. Cela vaut particulièrement pour le ministère de la Santé, le ministère de l'Éducation et le ministère du Logement, mais aussi pour d'autres ministères.

- **Collaboration et coordination entre les organismes et les services communautaires** : Les programmes doivent être fondés sur la collaboration entre les divers réseaux de fournisseurs de services (santé publique, éducation, garderies, santé mentale et loisirs), en vue de fournir un soutien global et continu aux enfants et à leur famille.

## B. CONSULTATION DE FÉVRIER 1988 SUR LE PROJET DE MANDAT RELATIF À L'INITIATIVE COORDONNÉE DE PRÉVENTION PRIMAIRE

Le ministère des Services sociaux et communautaires a préparé un projet de mandat relatif à l'initiative coordonnée de prévention primaire. En février 1988, une consultation provinciale a été organisée en vue d'examiner ce document. L'une des principales recommandations qui en a découlé portait sur la nécessité d'élaborer des directives touchant la participation du milieu et la recherche. Cette recommandation illustre bien l'une des plus grandes difficultés que l'on rencontre dans le domaine de la prévention primaire : il existe un écart considérable entre les programmes solidement documentés, généralement associés aux grandes universités et relevant d'éminents directeurs de recherche, et les programmes sur le terrain dont les budgets sont modestes et qui n'accordent guère d'attention à l'évaluation. Cette dissociation aboutit à la situation suivante : d'un côté, nous disposons de projets expérimentaux de recherche bien documentés, ayant une validité interne très grande, mais une validité externe réduite (on ne sait pas si ces programmes peuvent être généralisés à d'autres milieux); de l'autre, nous avons des programmes relativement peu connus par les spécialistes, qui ont une validité interne réduite ou non établie, mais une validité externe très grande (les gens du milieu ont recours au programme, le considèrent efficace et lui accordent leur soutien). Une telle contradiction est inacceptable pour les futurs projets expérimentaux de recherche en prévention primaire.

En se fondant sur une deuxième recommandation faite lors de la consultation de février 1988, le ministère a mis sur pied un Groupe de consultation technique comprenant 25 éminents chercheurs et directeurs de programmes de l'Ontario, chargés de faire le point sur les programmes de prévention primaire à l'intention des jeunes enfants dans les milieux à faibles revenus. Les membres du Groupe de consultation technique représentent un large éventail de disciplines et de spécialités du domaine de la santé mentale des enfants, notamment des éducateurs, des travailleurs communautaires, des psychiatres, des psychologues, des infirmières-hygiénistes et des travailleurs sociaux (on trouvera à l'Annexe B la liste des membres du Groupe de consultation technique). Il était indispensable de constituer un groupe aussi diversifié, car aucune profession ne peut s'attribuer le monopole de la prévention primaire. De par sa nature, la prévention exige une collaboration et des compétences multidisciplinaires.

Le Groupe de consultation technique devait donc relever le défi suivant : proposer des directives pour la réalisation de projets comportant des éléments importants de recherche appliquée, accompagnés d'un soutien dynamique et de la collaboration du milieu. En fin de compte, les projets expérimentaux de recherche doivent faire en sorte que ces deux aspects essentiels de la participation du milieu et de la recherche soient visibles, intégrés et crédibles dès le début. Dans un effort en vue de combler le vide entre les projets de prévention primaire les plus connus et les moins connus, le Groupe de consultation technique a axé son travail sur la participation du milieu, en plus de viser des résultats positifs scientifiquement crédibles en matière de santé mentale.

## C. MANDAT ET MÉTHODOLOGIE DU GROUPE DE CONSULTATION TECHNIQUE

Le Groupe de consultation technique avait le double mandat suivant :

- examiner les travaux de recherche et certains programmes, en Ontario et ailleurs, au plan de l'efficacité de la prévention primaire pour les enfants en bas âge, ceux d'âge préscolaire et ceux du cycle primaire;

- recommander des directives touchant les projets et la recherche, en vue de la réalisation de projets expérimentaux de recherche à l'intention des jeunes enfants des milieux présentant des risques élevés.

Pour accomplir son mandat, le Groupe de consultation technique a constitué cinq sous-groupes de travail dans les domaines suivants :

- soins prénatals et enfants en bas âge
- enfants d'âge préscolaire
- enfants du cycle primaire
- participation du milieu
- recherche.

Les chercheurs ont d'abord effectué une importante recherche informatisée de la documentation spécialisée, et résumé les ouvrages et articles pertinents. Ils ont aussi inventorié les programmes de prévention primaire qui existent pour les jeunes enfants en Ontario et ailleurs. Des interviews réalisées auprès de sources éclairées sur une quarantaine de ces programmes ont permis au Groupe de consultation technique de mieux connaître les aspects administratifs et les éléments de la participation du milieu qui contribuent à l'efficacité de ces programmes. Le Chapitre I du présent document explique le contexte général et le processus suivi pour cette revue.

Les Chapitres II, III et IV présentent la documentation spécialisée, résument les principales conclusions, décrivent les limites et les caractéristiques des programmes efficaces et recommandent des orientations pour la recherche et les programmes en fonction de chaque sous-groupe d'âge (Soins prénatals et enfants en bas âge, Enfants d'âge préscolaire, Enfants du cycle primaire). Le Chapitre V présente ensuite les limites de la recherche actuelle en prévention primaire pour les jeunes enfants en général. Dans les Chapitres VI et VII, les sous-groupes Participation du milieu et Recherche présentent des directives importantes pour le succès des programmes expérimentaux de recherche en prévention primaire.

Le Chapitre VIII résume d'abord les thèmes communs aux programmes de prévention primaire pour les jeunes enfants en fonction des trois groupes d'âge : enfants en bas âge, enfants d'âge préscolaire et enfants du cycle primaire. Ã partir de ces thèmes communs et compte tenu des limites de la recherche antérieure, le rapport présente ensuite un modèle intégré pour les projets expérimentaux de recherche.

## D. BUT DU PRÉSENT DOCUMENT

La prévention primaire en santé mentale comprend les mesures visant à réduire l'incidence ou la prévalence des difficultés affectives et comportementales dans la population en général. Ã ce jour, les efforts de prévention ont porté principalement sur les groupes "à risque". Mais comme on le verra plus loin, on s'intéresse de plus en plus à la valeur que peut représenter l'orientation des efforts vers l'ensemble d'une population sans tenir compte des risques définis.

La prévention primaire des troubles psychologiques peut se realiser en réduisant le stress ou la vulnérabilité physicque des personnes ou d'un milieu, ou en renforçant les aptitudes a l'adaptation, le soutien social et l'estime de soi chez les personnes ou dans le milieu, ou en recourant a ces deuz mesures à la fois. La plus grande partie de la documentation et des programmes passés en revue par le Groupe de consultation technique se rapporte à ce modèle de prévention primaire.

En abordant son analyse de la recherche et des programmes existants en Ontario et en proposant des critères importants pour évaluer les programmes proposés, le Groupe de consultation technique a établi que les programmes de prévention primaire recommandés doivent respecter **LES QUATRE OBJECTIFS** suivants :

- **assurer à tous les enfants un milieu propice à leur développement;**
- **aider la famille dans son soutien de l'enfant a) en fournissant aux parents des possibilités d'améliorer leurs compétences et d'accroître leur confiance dans leurs responsabilités parentales, et b) en réduisant les situations familiales difficiles, renforçant ainsi la famille;**
- **promouvoir la collaboration entre les nouveaux programmes et les services et ressources communautaires qui existent dans le domaine de l'enfance et de la famille;**
- **fournir un cadre propice à la recherche canadienne à long terme pour évaluer l'efficacité de la prévention primaire chez les enfants.**

La revue qui est faite dans les pages qui suivent et les recommandations ultérieures tiennent compte des buts et des principes établis par le ministère des Services sociaux et communautaires et se situent dans le cadre des objectifs établis par le Groupe de consultation technique.

## II. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE : SOINS PRÉNATALS ET ENFANTS EN BAS ÂGE

La documentation sur les programmes relatifs aux soins prénatals et aux enfants en bas âge est très riche et diversifiée, mais elle présente aussi des incohérences du point de vue des limites, des méthodes et des conclusions. En plus d'interviewer les responsables d'une dizaine de programmes ontariens destinés aux enfants en bas âge, le sous-groupe chargé de ce domaine a passé en revue plus de 30 publications décrivant les programmes de prévention primaire que l'on trouve en Amérique du Nord à l'intention des enfants en bas âge, ainsi que certains programmes en Angleterre et en Australie. Â partir de ces données, il a analysé particulièrement un sous-ensemble de dix programmes, choisis pour les raisons suivantes :

- caractère inédit des éléments du programme;
- plan de recherche solide;
- suivi longitudinal des enfants et des familles;
- recours à des critères multiples d'évaluation des résultats.

Tous ces programmes étaient désignés sous le nom de programmes pour enfants en bas âge, et les modèles de prestation étaient axés sur la première enfance. Il importe de souligner l'âge varié des enfants desservis par ces programmes, qui pouvaient être dispensés avant leur conception et jusqu'à l'âge de quatre ans. En d'autres termes, certains programmes étaient offerts avant la conception, d'autres au cours de la grossesse, d'autres enfin au moment de la naissance. De la même façon, certains programmes étaient interrompus au premier anniversaire de naissance de l'enfant, d'autres au deuxième anniversaire de naissance, d'autres enfin lorsque l'enfant atteignait l'âge de trois ou quatre ans.

La plupart des programmes prévoyaient, dans les familles à risques, la visite à domicile d'une infirmière ou d'une personne non spécialiste après la naissance d'un enfant. Les facteurs de risque les plus souvent pris en compte étaient les suivants : insuffisance du régime alimentaire, planification familiale, isolement social de la mère, attachement et liens spéciaux, formation de la mère à un emploi, éducation de la mère touchant le développement physique, socio-affectif, mental, comportemental et cognitif de l'enfant. La recherche sur les programmes de soins prénatals et

pour enfants en bas âge s'inscrit dans un contexte politique dans lequel on cherche principalement à prévenir l'insuffisance du poids de naissance, les handicaps physiques et mentaux et les mauvais traitements infligés aux enfants. Dans sa revue de la documentation, le sous-groupe a examiné les résultats pour savoir s'ils permettaient de prévenir les difficultés affectives et comportementales et de promouvoir le développement optimal de l'enfant.

## A. REVUE DE LA DOCUMENTATION ET DES PROGRAMMES

Les programmes de prévention qui s'adressent aux enfants en bas âge sont généralement axés sur la théorie. La théorie écologique de Bronfenbrenner (1979) considère que le développement chez l'être humain découle de l'évolution des interactions qu'il a avec son milieu. Les relations entre la mère et l'enfant sont soumises à l'influence d'autres personnes importantes de la famille (comme le père, les frères et soeurs, les grands-parents). Le contexte social de la famille et le contexte historique (p. ex., antécédents religieux, politiques sociales, etc.) influent aussi sur le développement de l'enfant. Selon Bronfenbrenner, il importe de mettre en rapport les contextes efficaces propices au développement de l'enfant. Ce ne sont donc pas seulement les interactions entre l'enfant et ses parents qui doivent se dérouler harmonieusement pour favoriser les contextes propices au développement, mais aussi les interactions entre la dyade parents-enfant et les autres membres de la famille, ainsi qu'entre la famille et les autres cadres du milieu (p. ex., les organismes de services dans l'ensemble de la société).

Plusieurs théories sur le développement cognitif et psychosocial orientent aussi et justifient les programmes de prévention primaire destinés aux enfants en bas âge. La théorie de Piaget sur le développement cognitif et la construction active de la réalité chez l'enfant, dès ses premières explorations sensorimotrices (p. ex., Piaget, 1952), exerce une grande influence sur les conceptions actuelles touchant le développement de l'enfant. Les théories "transactionnelles" du développement (p. ex., Sameroff et Chandler, 1975) et les travaux de recherche récents sur la compétence des enfants en bas âge sont fondés sur le point de vue de Piaget selon lequel l'enfant participe activement à son développement. En outre, les premières théories psycho-analytiques des paliers de développement psychosexuel de l'enfant sont à l'origine des théories du développement psychosocial comme celle de Erikson (Erikson, 1950). La

synthèse faite par Bowlby de la réflexion psycho-analytique et éthologique sur l'attachement (Bowlby, 1969) et les travaux de recherche de Mary Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978) soulignent l'importance des liens positifs et affectifs établis au cours des premières années pour l'adaptation socio-affective ultérieure de l'enfant.

Nous présentons ci-après cinq programmes modèles de développement pour enfants en bas âge.

## 1. PROJET DE SOINS PRÉNATALS ET POUR ENFANTS EN BAS ÂGE (Olds, et al. 1986)

Ce projet a été choisi comme programme "modèle" de prévention primaire par l'American Psychological Association (Price, Cowen, Lorion et Ramos-McKay, 1988) et représente un excellent exemple de la théorie écologique appliquée. Le projet, mis en oeuvre dans une collectivité semi-rurale des Appalaches de 100 000 habitants, présentant des risques élevés, prévoyait un programme à l'intention des mères célibataires pauvres de moins de 19 ans qui attendaient un enfant pour la première fois et étaient enceintes depuis 25 semaines ou moins. La durée et l'importance du programme dépendaient de facteurs d'ordre expérimental.

Le projet mettait l'accent sur le dépistage et comportait de fréquentes visites à domicile par des infirmières, toutes les deux semaines, d'une durée d'environ une heure et demie. Leur travail était axé sur trois activités visant à améliorer les conditions de la grossesse et le soin des enfants. Les infirmières cherchaient surtout à mettre en valeur les points forts constatés chez les femmes et dans le milieu familial.

Les infirmières agissaient avant tout au plan de l'éducation au foyer et offraient aux parents un soutien psychologique ainsi que l'orientation et l'information nécessaires touchant les facteurs qui influent sur le développement du foetus, la naissance et le bien-être de l'enfant. Au cours de la période précédant la naissance, les infirmières visiteuses consacraient environ 85 pour cent de leur temps à l'éducation, visant des objectifs bien précis : améliorer l'alimentation de la mère, contrôler son gain pondéral et l'inciter à abandonner la cigarette, l'alcool et les drogues, dépister les signes de complication

pendant la grossesse, favoriser les examens périodiques, les exercices appropriés et l'hygiène personnelle et préparer la future mère au travail, à l'accouchement et aux premiers soins du nouveau-né. Une attention particulière était accordée au choix et à l'utilisation par les parents d'une méthode de planification familiale. Les parents étaient incités à espacer les naissances de façon à permettre à la mère de se rétablir après la grossesse et aux parents de consacrer plus de temps au nouveau-né. Toutes ces activités visaient à favoriser la santé et le développement de l'enfant en améliorant son milieu physique et en favorisant des liens de qualité entre les parents et l'enfant à naître.

Les familles pouvaient aussi compter sur un service gratuit de transport aux cliniques locales pour les soins prénatals périodiques et les soins après la naissance. Les infirmières faisaient des visites hebdomadaires pendant le premier mois après la naissance et espaçaient ensuite progressivement leurs visites pendant les 18 à 24 mois suivants, ne se rendant alors sur place que toutes les six semaines.

En vue d'accroître leur influence auprès de la mère, les infirmières incitaient les parents immédiats (conjoint et grands-parents) et les amis (notamment le petit ami de la mère) à participer à ces visites à domicile, à accompagner la mère aux cours prénatals, à collaborer aux tâches ménagères et à conseiller la mère.

En dispensant ce programme de formation à domicile, les infirmières visiteuses ont souvent constaté que les parents étaient aux prises avec divers problèmes (difficultés conjugales, manque de ressources financières, problèmes de logement) qui ne leur permettaient pas d'appliquer efficacement leur connaissance des pratiques d'hygiène appropriées et du soin des enfants. Elles en profitaient donc pour orienter les familles vers d'autres services sociaux et de santé susceptibles de les aider à résoudre leurs problèmes urgents (Olds, 1980).

Le programme a donné de multiples résultats positifs, surtout chez les mères présentant le plus de risques. Après trois ans, on a constaté une réduction du taux des mauvais traitements infligés aux enfants et des cas de négligence, des visites au service des urgences, des accidents et du tabagisme, et une amélioration du milieu familial, du recours aux services organisés, du soutien social non structuré et

du régime alimentaire. En outre, dans le programme modèle le plus intense, un plus grand nombre de femmes célibataires sont retournées sur le marché du travail et ont gardé leur emploi plus longtemps que les mères célibataires participant aux versions moins intenses du programme.

Contrairement à beaucoup de programmes destinés aux enfants en bas âge, ce programme reposait sur des bases expérimentales solides d'une grande validité interne. Autres points forts : les principes écologiques du programme, l'importance accordée au milieu, la taille importante de l'échantillon, la diversité des mesures d'évaluation des résultats et une étude des coûts. Malheureusement, le programme est trop récent pour en évaluer les effets à long terme.

## 2. PROJET DE SUPERVISION DE LA SANTÉ DES ENFANTS (Gutelius, et al., 1977)

Ce projet est également un programme écologique analogue, dispensé dans un milieu présentant des risques élevés, de race noire, à faibles revenus, et il comporte des données de suivi à long terme. Les mères adolescentes participant au programme ont été recrutées pendant leur grossesse et suivies jusqu'au troisième anniversaire de naissance de l'enfant. Le programme comportait des soins prénatals et une orientation, des visites à domicile par un médecin et une infirmière d'une unité médicale mobile en vue d'examens médicaux périodiques, et des visites à domicile par une infirmière en vue d'offrir aux jeunes mères une stimulation cognitive, une orientation de soutien et une orientation vers d'autres services et activités de groupe.

Les résultats ont montré que le programme a eu des effets durables sur les enfants comme sur les parents. Dès l'âge de cinq ans, les enfants participant au programme ont connu moins de difficultés de séparation et ont semblé plus sûrs, plus confiants en eux-mêmes et plus à l'aise avec les adultes que les autres enfants. Chez les mères participant au programme, un plus grand nombre sont retournées à l'école et ont reçu leur diplôme d'études secondaires que chez les autres mères. Chez les pères participant au programme, un plus grand nombre ont conservé leur emploi et participé aux activités familiales que chez les autres pères.

### 3. PROJET DE RECHERCHE YALE CHILD WELFARE (Seitz, Rosenbaum and Apfel, 1985)

Il s'agit d'un autre projet global de soutien aux familles, destiné aux adolescentes défavorisées qui attendent un enfant pour la première fois ainsi qu'à leur enfant dès la naissance jusqu'à l'âge de 30 mois, avec suivi à long terme. Le programme accorde de l'importance au soutien de l'ensemble de la famille et prévoit des services d'assistance sociale, de soins pédiatriques, de garde d'enfant et de psychologie en fonction des besoins de chaque famille.

Ã l'âge de 30 mois, les enfants participant au programme avaient de meilleurs résultats que les autres au plan du développement du langage et de l'adaptation. Cinq ans plus tard, ils avaient un meilleur rendement au plan du quotient intellectuel, du rendement scolaire et de l'assiduité à l'école que des enfants des mêmes quartiers choisis de façon randomisée. Les familles participant au programme connaissaient une mobilité verticale générale, un plus grand nombre de mères avaient un emploi, avaient poursuivi leurs études et avaient des familles plus restreintes que les familles du groupe de comparaison. Lors du suivi effectué après dix ans, les enfants qui avaient participé au programme avaient toujours une meilleure assiduité scolaire et les garçons étaient moins susceptibles d'avoir besoin des services prévus pour l'enfance en difficulté que les enfants du groupe de comparaison; en outre, chez les mères participant au programme, un plus grand nombre avaient un travail, une scolarité plus poussée et des familles plus réduites que chez les mères du groupe de comparaison.

### 4. PROJET DE PRÉPARATION AUX RESPONSABILITÉS FAMILIALES (Cowan and Cowan, 1985)

Ces dernières années, la théorie des systèmes familiaux (Minuchin, et al., 1967) a eu des effets sur les projets de prévention. Les programmes de prévention primaire qui mettent l'accent sur le bien-être de l'enfant sont souvent axés sur des facteurs relevant des systèmes familiaux. L'un des thèmes constants dans cette optique est la modification, à chaque stade du cycle de vie de la famille, du fonctionnement de la famille, et le fait que ces changements accélèrent les crises et les adaptations nécessaires. Au cours de la transition au

stade des responsabilités parentales, par exemple, les jeunes couples qui ont eu du mal à consolider leurs relations de conjoints peuvent avoir plus de difficulté à élargir leurs rapports de couple pour assumer leurs nouvelles responsabilités parentales. L'un des parents ou les deux peuvent alors chercher à éviter ces responsabilités. Pour chacun des conjoints, les rôles conjugaux peuvent être réduits à quelques fonctions essentielles.

Le projet de Cowan et Cowan est un exemple de projet expérimental de recherche fondé sur la théorie des systèmes familiaux. L'objectif principal de ce programme est de préparer les couples à la naissance de l'enfant et aux responsabilités parentales. Les couples ont été recrutés au cours des trois derniers mois de la grossesse et un suivi a été assuré pendant 18 mois. Le projet prévoyait la préparation à la naissance de l'enfant dans le contexte de rencontres de couples en groupe, avec soutien matrimonial et orientation aux responsabilités parentales prochaines.

L'évaluation de la perception de soi a donné de meilleurs résultats chez les parents participant au programme, qui ont indiqué un niveau plus constant de satisfaction que les couples du groupe de comparaison. Les mères participant au programme étaient plus satisfaites de la répartition des tâches domestiques entre les conjoints. Les pères participant au programme étaient moins satisfaits au début que les pères du groupe de comparaison, mais la situation s'est inversée à la fin de l'étude. Le projet justifie donc le recours aux composantes du programme de rencontres de couples en groupe au cours de la transition aux responsabilités parentales. Mais ce projet était limité aux familles nucléaires de classe moyenne, ce qui restreint ses possibilités de mise en oeuvre auprès des groupes à risques élevés.

## 5. PROJET DU MONTREAL DIET DISPENSARY (Higgins, 1984)

Les spécialistes des soins de santé s'intéressent depuis longtemps aux effets du milieu physique sur l'enfant à naître (p. ex., consommation de drogues et d'alcool par la mère, tabagisme et régime alimentaire de la mère). Si certains facteurs négatifs de l'environnement ne peuvent être entièrement modifiés, la nutrition et

d'autres facteurs du mode de vie peuvent être modifiés avant la conception, au cours de la grossesse et après la naissance de l'enfant, contribuant ainsi à un meilleur développement général de l'enfant.

Le projet du Montreal Diet Dispensary est l'exemple même d'un projet visant à assurer aux enfants un bon départ dans la vie au plan de la santé physique. Le programme prévoyait une orientation en matière de nutrition et des suppléments alimentaires en fonction de l'évaluation des besoins individuels des femmes présentant des risques de mettre au monde un enfant ayant un faible poids de naissance. Ces femmes furent dépistées par le biais d'une clinique publique dans une grande maternité de Montréal. Des femmes enceintes ayant recours à d'autres services de santé ont constitué un groupe de comparaison, mais l'appariement n'a pas été effectué sur une base individuelle.

On a constaté une augmentation du poids de la mère et du poids de naissance de l'enfant en fonction de la durée de la participation au programme. Dans le groupe d'intervention, le gain de poids de naissance et le gain de poids de la mère étaient comparables à ceux des patients des services privés, mais de beaucoup supérieurs à ceux des patients des autres services publics. Une réduction de la mortalité périnatale, associée à la durée de la participation de la mère au programme, a aussi été constatée. L'étude justifie le recours à une orientation en matière de nutrition et à des suppléments alimentaires pour les femmes enceintes présentant des risques élevés, mesures importantes des programmes de prévention primaire. Ces mesures préventives se sont révélées efficaces lorsqu'elles étaient instaurées avant la 28$^{e}$ semaine de grossesse. Les participantes au programme n'ont pas fait l'objet d'un suivi à long terme, et on ne sait pas si d'autres systèmes de soutien social ont pu être associés aux mesures d'orientation en matière de nutrition et aux suppléments alimentaires pour produire ces effets.

## B. THÈMES COMMUNS

Voici quelques thèmes communs que l'on retrouve dans ces programmes de soins prénatals et pour enfants en bas âge :

### 1. DONNÉES SUR LES EFFETS POSITIFS IMMÉDIATS ET À LONG TERME

**Effets POSITIFS à court terme:**

CHEZ LES ENFANTS :

- meilleure santé physique (maladies chroniques et invalidités moins nombreuses)
- meilleure nutrition assurée par les parents
- moins d'enfants ayant une insuffisance de poids à la naissance
- moins de problèmes d'alimentation
- moins d'accidents et recours moins fréquent aux urgences hospitalières
- moins de mauvais traitements de la part des parents.

CHEZ LES PARENTS :

- meilleur réseau de soutien social
- plus grande confiance en eux
- amélioration des aptitudes parentales
- réduction moindre de la qualité des relations conjugales
- meilleures interactions entre les parents et l'enfant

- moins de sévices infligés aux enfants
- grossesses plus espacées
- recours plus fréquent et approprié aux autres services.

**Effets POSITIFS à long terme**:

CHEZ LES ENFANTS :

- réduction de l'hostilité, de l'impulsivité et de la distractivité à l'école
- délinquance moindre
- attitudes meilleures envers l'école
- adaptation socio-affective plus grande à l'école
- attitudes prosociales et esprit de collaboration plus fréquents.

CHEZ LES PARENTS :

- plus grand nombre de mères qui retournent à l'école
- plus grand nombre de mères qui terminent leurs études secondaires
- taux d'emploi plus élevé dans la famille.

## 2. INSTABILITÉ CONTRADICTOIRE DES EFFETS SUR LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF.

Parmi les études d'évaluation des effets des programmes sur le développement cognitif, certaines n'ont constaté aucune différence. Une étude indique cependant des effets positifs à l'âge de trois ans, mais aucune différence à l'âge de cinq ans. Une étude ne constate aucune différence en regard de l'année d'étude terminée, mais deux autres indiquent un meilleur rendement scolaire chez les enfants ayant participé à ces programmes.

## 3. LES PROGRAMMES QUI PRÉSENTENT LES EFFETS LES PLUS IMPORTANTS :

- comportaient des composantes multiples (p. ex., visites à domicile, groupes de soutien des parents, garde d'enfants ou prématernelle)

- étaient de longue durée (p. ex., deux à cinq ans).

## 4. PRESQUE TOUS LES PROGRAMMES EFFICACES ONT ÉTÉ MIS EN OEUVRE AVANT LA NAISSANCE

Une étude expérimentale portant précisément sur ce point a mis en évidence des effets plus importants chez le groupe participant au programme de soins prénatals et pour enfants en bas âge, par rapport au groupe ne profitant que du programme pour enfants en bas âge.

## 5. LES VISITES À DOMICILE ÉTAIENT UNE COMPOSANTE MAJEURE DES PROGRAMMES.

Cette composante était essentielle pour les familles défavorisées dans tous les programmes ayant des effets importants, au moins pendant la première année de vie de l'enfant.

## C. LIMITES DE CES PROGRAMMES

### 1. DANS CERTAINS CAS, FAIBLESSE DES MÉTHODES EXPÉRIMENTALES

Les groupes de comparaison ont parfois été choisis tardivement, ou sont absents. On a rarement recours à des tests de contrôle randomisés.

### 2. GRANDE VARIATION DES COMPOSANTES DES PROGRAMMES

Certains programmes avaient des composantes multiples, d'autres n'en avaient qu'une (p. ex., suppléments alimentaires seulement, groupes de parents seulement).

### 3. ÉVALUATION PARFOIS LIMITÉE DES RÉSULTATS

L'évaluation des résultats était parfois très limitée, ne reflétant pas les objectifs généraux du programme.

### 4. PEU D'IMPORTANCE ACCORDÉE À LA PARTICIPATION DU MILIEU

La participation du milieu était un élément rarement pris en compte dans le cadre de la mise en oeuvre des programmes, ou rarement évaluée au plan des résultats; pourtant, les administrateurs des programmes et les chercheurs indiquent souvent que la participation du milieu est un facteur important dans les interviews de post-publication.

## D. CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES EFFICACES

Les caractéristiques des programmes efficaces se rapportent à leur conception, à leurs composantes et à leur mise en oeuvre.

### 1. CONCEPTION DU PROGRAMME

a. **Risques élevés**. Le programme doit être dispensé dans un territoire bien circonscrit où l'on retrouve une concentration de facteurs de risque.

b. **Accessibilité**. Pour éviter toute stigmatisation, le programme doit être accessible à toutes les femmes enceintes d'un milieu à risque.

c. **Intérêt**. Le programme doit rejoindre et intéresser les personnes qui présentent les risques les plus élevés (p. ex., personnes démunies, adolescentes, manque de soutien familial).

d. **Participation du milieu**. Le programme doit compter le plus possible sur la participation du milieu à toutes les étapes de son élaboration et de sa mise en oeuvre : détermination des besoins, recrutement des participants, conception et mise en oeuvre du programme.

e. **Approche évolutive**. Le programme doit avoir une approche évolutive au plan de sa conception, de sa planification et de sa mise en oeuvre, et tenir compte des divers paliers du cycle de vie de la famille et du développement de l'enfant.

f. **Orientation**. Le programme doit être orienté vers la promotion du développement optimal de l'enfant (p. ex., développement physique, socio-affectif, cognitif, de la communication) et promouvoir le développement continu des parents.

g. **Continuité**. Le programme doit être assuré dans une certaine continuité et être dispensé principalement par le biais de la famille; il doit être instauré au début de la grossesse et se poursuivre pendant la petite enfance jusqu'à l'âge scolaire.

h. **Souplesse**. Le programme doit être souple et s'adapter à l'évolution des besoins de l'enfant, de la famille et du milieu.

i. **Sensibilité**. Les services doivent être dispensés avec sensibilité, en tenant compte de la diversité sociale et culturelle des familles.

## 2. COMPOSANTES DU PROGRAMME

Le programme doit comporter plusieurs composantes fondées sur les services et ressources disponibles dont les familles peuvent profiter. On trouvera ci-après les composantes principales, qui ne sont pas des conditions préalables pour la mise sur pied d'un programme efficace de soins prénatals et pour enfants en bas âge, mais qui se sont révélées très profitables dans certains programmes expérimentaux de recherche bien documentés :

a. **Soins de santé**. Le programme doit accorder de l'importance à la fois à la santé de la mère et à celle de l'enfant, et prévoir notamment des soins prénatals périodiques dès les trois premiers mois de la grossesse, une orientation touchant la nutrition et les habitudes de vie, une évaluation périodique de la santé de l'enfant, des examens de dépistage et une orientation touchant l'alimentation de l'enfant, les risques pour la santé et la sécurité.

b. **Visites à domicile**. Les visites à domicile, qui commencent dès la période prénatale et se poursuivent pendant les deux premières années qui suivent la naissance, sont importantes non seulement pour orienter les parents et les aider à acquérir des compétences parentales, mais aussi comme instrument de promotion.

c. **Services de garde de remplacement de qualité** (p. ex., garderie, gardienne de remplacement). Si ce genre de service est instauré de façon à ne pas gêner le développement des liens affectifs de l'enfant avec sa famille, il peut permettre plus facilement aux parents de travailler ou de poursuivre leurs études, et offrir à l'enfant une plus grande stimulation de la part de son milieu.

d. **Soutien familial**. Cet élément du programme doit être axé sur les besoins essentiels des parents (p. ex., logement, nourriture, emploi), leurs besoins socio-affectifs (étapes de transition et crises) et leurs besoins éducatifs (besoins individuels ou du couple), l'acquisition des techniques de résolution de problèmes, l'accroissement chez les parents de leur estime d'eux-mêmes, la prise en main de leur vie et l'établissement de systèmes de soutien naturel.

e. **Réseau de liaisons**. Il est important que les programmes destinés aux enfants en bas âge et à leur famille favorisent l'accès aux autres ressources de santé, sociales, éducatives et de loisirs nécessaires et l'établissement de liens de collaboration entre les fournisseurs de services.

## 3. MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

a. **Qualités du personnel**. Le personnel qui participe au programme doit être très motivé, sensible, enthousiaste, engagé et avoir une expérience de vie pertinente.

b. **Antécédents du personnel**. Le personnel et les superviseurs peuvent être des paraspécialistes convenablement formés ou des spécialistes (p. ex., éducateurs de la petite enfance, spécialistes en puériculture, infirmières-hygiénistes, travailleurs sociaux, spécialistes du développement de l'enfant, psychologues). On peut recourir à des bénévoles pour certaines fonctions.

c. **Formation du personnel**. La formation du personnel doit être axée sur les valeurs, les croyances et les pratiques particulières du milieu. Elle doit porter aussi sur la nécessité du respect, de la dignité et de la prise en charge de sa vie. La formation doit être continue.

d. **Supervision du personnel**. La supervision du personnel doit se faire avec doigté et dans un esprit de collaboration.

e. **Rémunération du personnel**. En vue de promouvoir la continuité du programme, le personnel doit être raisonnablement rémunéré et pouvoir compter sur des avantages sociaux appropriés et une sécurité d'emploi raisonnable.

## E. ORIENTATIONS FUTURES DE LA RECHERCHE

Pour favoriser l'évolution des connaissances dans le domaine des programmes de prévention primaire pour les soins prénatals et les enfants en bas âge, les programmes ultérieurs doivent s'intéresser aux questions suivantes :

### 1. PARTICIPATION DU MILIEU

De quelle façon ou par quels moyens la participation accrue du milieu à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme de prévention primaire pour les enfants en bas âge peut-elle influer sur ses effets immédiats et à long terme?

### 2. VISITES À DOMICILE

Quels sont les avantages et les inconvénients du recours aux infirmières pour les visites à domicile plutôt qu'à d'autres spécialistes ou à des personnes ordinaires, du point de vue des coûts et des résultats pour les enfants et les familles?

## 3. ÉDUCATION ET EMPLOI

Le fait d'accorder plus d'importance à l'orientation des parents touchant la poursuite de leurs études et les possibilités d'emploi permettrait-il d'escompter de meilleurs résultats chez les enfants?

## 4. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Quels sont les effets distincts des programmes de prévention primaire pour enfants en bas âge chez les enfants qui se retrouvent dans les situations suivantes : absence du père, logement de mauvaise qualité, parents adolescents, frères et soeurs nés à des intervalles rapprochés, fusion de.

## III. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE: ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

Le sous-groupe Enfants d'âge préscolaire, du Groupe de consultation technique, a passé en revue plus de 30 articles et ouvrages de la documentation et interviewé les enseignants et directeurs de programme dans plus de 15 programmes préscolaires ontariens. Il importe de souligner que les programmes préscolaires passés en revue accueillaient les enfants dès l'âge de un an et leur fournissaient parfois des services jusqu'à l'âge de six ans ou davantage. La plupart des programmes étaient cependant axés sur les enfants de trois et quatre ans.

En plus de prévoir la présence d'un enseignant auprès des enfants, les programmes préscolaires efficaces s'intéressaient aussi aux facteurs de risque comme le régime alimentaire (p. ex., certains programmes préscolaires assurent le petit déjeuner et le repas du midi), la formation des parents au développement approprié de l'enfant, l'isolement des parents et un logement approprié. La nécessité politique de la recherche sur les programmes préscolaires découle principalement de la prévention de l'échec scolaire, d'où l'importance accordée au développement cognitif. Dans la section suivante, nous passons en revue les conclusions de la recherche concernant l'effet des programmes de prévention primaire sur le développement cognitif, psychosocial et l'état de santé, ainsi que sur les familles et le milieu.

### A. REVUE DE LA DOCUMENTATION ET DES PROGRAMMES

Il existe des travaux de recherche importants et de qualité dans le domaine des programmes de prévention primaire pour les enfants d'âge préscolaire. Cela s'explique en partie par le programme préscolaire de compensation Head Start, aux États-Unis, lancé au cours des années 1960 à l'intention des enfants défavorisés. Visant à "favoriser une meilleure compétence sociale chez les enfants des familles à faibles revenus", le programme Head Start était axé sur l'adaptation quotidienne de l'enfant à son environnement et à ses responsabilités ultérieures à l'école et dans la vie (Head Start Performance Standards, 1975). Au cours des vingt dernières années, plus de huit millions d'enfants ont participé à ce programme.

## III ENFANTS D'ÂGE PRESCOLAIRE

Des centaines d'études, commanditées aussi bien par des sources publiques que privées, ont permis d'évaluer l'efficacité de ces programmes de prévention. Il existe aussi deux grandes méta-analyses sur le sujet : le document Head Start Evaluation, Synthesis and Utilization Project (McKey, Condelli, Ganson, Barrett, McConkey et Plantz, 1985), qui résume les données provenant de 210 études sur le programme Head Start, et le document Consortium for Longitudinal Studies (1983), qui regroupe les données et le suivi à long terme concernant douze des meilleures études au plan de la conception, de la mise en oeuvre et de l'évaluation. Neuf des études de Consortium ne faisaient pas partie du programme Head Start, mais sont des initiatives commanditées par des sources privées et regroupant un financement solide et un personnel de qualité.

L'efficacité des programmes de prévention primaire et les changements positifs qu'ils favorisent chez les enfants socialement défavorisés sont bien établis (voir à ce sujet Zigler et Valentine, 1979, Consortium for Longitudinal Studies, 1983; Woodhead, 1988). Les programmes préscolaires de qualité sont associés à des résultats positifs au plan du développement cognitif (p. ex., taux plus faibles de redoublement des classes, d'orientation vers l'éducation de l'enfance en difficulté et d'abandon précoce des études) et au plan du développement socio-affectif (p. ex., amélioration plus grande des compétences sociales, de l'estime de soi, des attitudes positives et de la motivation à l'égard de l'école et des relations familiales). Les effets positifs à long terme dignes de mention sont les suivants : réduction de la criminalité et des arrestations chez les jeunes, moins de grossesses chez les adolescentes, taux plus élevé d'emploi et de rémunération et réussite plus grande au plan de l'autonomie personnelle.

Si certains éléments ne sont pas des indicateurs directs de santé mentale, leur relation avec le bien-être général de l'enfant est évidente. Lorsqu'il parle de l'efficacité à long terme des programmes préscolaires, Woodhead (1988) indique qu'elle n'est probablement pas attribuable simplement à un meilleur développement intellectuel, "... mais à l'action d'un ensemble complexe de facteurs interreliés (attitudes, attentes, comportement) qui ont lieu sur une certaine période de temps et concernent l'enfant, l'école, la famille et le milieu". Ces programmes ont eu des effets importants dans un grand nombre de domaines fonctionnels de l'enfant et sur son milieu.

## 1. RÉSULTATS AU PLAN COGNITIF

Un grand nombre des programmes passés en revue visaient principalement la réalisation de gains importants et pédagogiquement significatifs au plan du développement cognitif des enfants. Les résultats des programmes Head Start et Consortium mettent tous en évidence des effets positifs immédiats sur le développement cognitif des enfants. Ces gains sont constants pour tous les programmes et tous les facteurs de développement cognitif (quotient intellectuel, préparation pour l'école et rendement), mais ils ne sont pas stables. L'évaluation du programme Head Start montre que les gains relatifs au quotient intellectuel se dissipent tôt, et que ceux au plan du rendement et de la préparation scolaire durent un an après la fin du programme. Vers la fin de la seconde année, pour tous les facteurs cognitifs, aucune différence pédagogiquement significative n'a été observée. De la même façon, dans les études Consortium, les différences constatées dans les tests d'efficience intellectuelle entre le groupe participant et le groupe témoin se sont estompées entre la troisième et la quatrième année après la fin du programme.

Des mesures normalisées d'évaluation du développement cognitif sont souvent choisies pour évaluer les résultats, car elles permettent de prévoir les succès futurs à l'école. Certains chercheurs du groupe Consortium retiennent des critères directs de succès scolaire (p. ex., l'enfant réussit ou échoue, il est ou non affecté à un programme pour l'enfance en difficulté). Les résultats du groupe Consortium indiquent que les enfants qui ont suivi le programme préscolaire sont beaucoup plus susceptibles de répondre aux exigences minimales de l'école, même si l'on tient compte du quotient intellectuel.

## 2. RÉSULTATS AU PLAN PSYCHOSOCIAL

Si les programmes préscolaires dispensés dans les milieux économiquement défavorisés évaluent principalement le rendement au plan cognitif, certains projets sont axés sur les changements dans le domaine du développement psychosocial. On retrouve dans 17 des projets Head Start des données quantitatives concernant les effets immédiats et à long terme sur l'estime de soi, le rendement, la motivation et le comportement social. Les tendances sont à peu près

les mêmes que pour le développement cognitif. Immédiatement après le programme, les enfants avaient de meilleurs résultats dans les trois domaines du développement socio-affectif. Les différences les plus grandes concernaient le comportement social, et les moins grandes l'estime de soi. Cette variation peut s'expliquer par des différences réelles ou par le fait que les test utilisés n'ont pas permis de les dépister. Les résultats à plus long terme indiquent que les différences disparaissent dans tous les domaines après trois ans.

## 3. RÉSULTATS AU PLAN SOCIO-ÉCONOMIQUE

Dans le cadre du programme préscolaire Perry (Berrueta-Clement, Schweinhart, Barnett, Epstein et Weikart, 1984), on a réalisé un important suivi à long terme des anciens participants au programme préscolaire au plan social et économique. Cette analyse revêt un caractère inédit, car elle porte sur l'évaluation de la participation ultérieure des enfants aux services sociaux et correctionnels ainsi qu'au marché du travail. Malgré la taille restreinte de l'échantillon de suivi, les données sont convaincantes. Chez les anciens participants au programme préscolaire, par rapport au groupe témoin, on a constaté un taux plus élevé d'emploi à l'âge de 19 ans, un chômage moindre après les études secondaires, une rémunération moyenne plus élevée, une épargne accumulée plus importante et une plus grande satisfaction au travail. Ils subvenaient davantage à leurs besoins et avaient moins recours aux programmes des services sociaux. Les cas de comportement antisocial et de mauvaise conduite étaient également moins nombreux chez les anciens participants au programme, selon divers indicateurs comme le taux de criminalité, les arrestations, les comparutions devant le tribunal de la jeunesse, les mois de probation, les amendes et les cas de grossesse chez les adolescentes.

## 4. SANTÉ DES ENFANTS

L'évaluation du programme Head Start a regroupé des données qualitatives sur la santé provenant de 34 études. On y souligne que par rapport aux enfants des groupes témoins, ceux qui ont participé au programme Head Start étaient plus susceptibles que ceux des groupes témoins de profiter d'examens médicaux et dentaires, d'une évaluation

des troubles de l'élocution, du langage et du développement, d'examens de l'ouie et de la vue et d'une évaluation de leurs besoins nutritionnels. On a également constaté chez ces enfants une incidence réduite des troubles pédiatriques. C'est chez les enfants ayant un handicap physique ou un retard de croissance que les effets positifs étaient les plus importants. Malgré leurs limites, ces données semblent indiquer que les programmes préscolaires peuvent être un instrument efficace de dépistage précoce des troubles du développement et d'intervention. Rien n'indique cependant qu'il y ait eu des modifications du comportement en matière de santé à la maison chez les familles qui ont participé aux programmes Head Start d'éducation sanitaire. Cela peut s'expliquer par le manque d'importance accordée par le programme à la santé familiale.

## 5. PARTICIPATION FAMILIALE

Nous avons tiré des données quantitatives de cinq programmes Head Start et des données qualitatives de 70 autres, sur l'influence des programmes préscolaires sur la famille. Selon les programmes, la nature et l'importance de la participation des parents étaient très variables, ce qui peut expliquer le caractère ambigu des résultats. Voici cependant les thèmes communs qui ressortent :

a. **Les parents ont apprécié le programme préscolaire dispensé à leurs enfants**. Un grand nombre de parents ont participé aux programmes contre rémunération ou à titre bénévole. Les enfants dont les parents participaient activement aux programmes avancés (High/Scope) ont eu un meilleur rendement au plan cognitif que ceux dont les parents étaient moins engagés. Selon certains chercheurs (p. ex., Wright, 1983), la participation des parents aux programmes n'est pas un élément essentiel de leur succès. Dans une revue de 21 sous-groupes de Consortium, Vopave et Royce (1978) notent cependant que l'établissement d'objectifs pour les parents était l'un des indices les plus importants de l'efficacité des programmes. C'est là un domaine pour lequel nous disposons de données fragiles, surtout en ce qui a trait aux mécanismes de la participation

des parents, et pour lequel nous attendons des travaux de recherche prometteurs.

b. **Le comportement des parents a changé de façon positive, mais limitée**. Voici quelques-uns des changements constatés : les mères qui ont participé activement aux programmes Head Start étaient plus heureuses, faisaient davantage confiance aux autres et se sentaient mieux psychologiquement, étaient moins anxieuses et déprimées et se plaignaient moins de divers symptômes. On a aussi constaté des effets positifs restreints sur les pratiques parentales en matière d'éducation. Certaines données limitées montrent que les familles participant aux programmes Head Start ont recherché le soutien du personnel non seulement pour les difficultés d'ordre éducatif, mais pour leurs difficultés personnelles et familiales. Elles ont aussi eu davantage recours aux autres services sociaux et de santé du milieu, ce qui indique une amélioration des rapports avec les autres ressources communautaires.

À la lumière des éléments présentés ci-dessus, il est important que les programmes apportent leur soutien à la structure familiale existante en favorisant activement la participation des parents. Cette participation peut prendre plusieurs formes, selon le programme préscolaire en cause, et s'inspirer des directives générales suivantes :

a. **La participation des parents doit être favorisée, mais non obligatoire**. Elle peut représenter un problème pour certains parents, qui peuvent décider de s'abstenir si les conditions semblent trop sévères. Il est recommandé d'adopter une politique d'ouverture en encourageant la participation des parents tout en leur laissant le soin de déterminer eux-mêmes l'importance de cette participation.

b. **Le travail auprès des enfants nécessite la collaboration des parents et des spécialistes**. Chacun a sa propre compréhension et sa propre vision des choses. Au lieu de considérer les spécialistes comme des gens qui savent tout, il faut viser à aider les familles à se prendre en charge efficacement, de façon autonome par rapport au programme.

c. **Les programmes à l'intention des parents peuvent avoir un caractère éducatif (didactique) ou de soutien**. Ces programmes peuvent aussi être dispensés par des spécialistes ou des personnes ordinaires du milieu.

d. **Il est indispensable d'offrir des services jugés utiles par les parents dans leur vie**. Les parents sont souvent très sollicités, et ils peuvent refuser toute activité qui semble venir alourdir leur tâche.

e. **Il est important que les programmes rejoignent activement les parents**. Plutôt que d'exiger constamment que les parents se déplacent pour venir dans un centre, il est important de les rejoindre et de les visiter à la maison. Les parents peuvent apprécier les visites à domicile faites par des spécialistes ou des personnes ordinaires.

## 6. PARTICIPATION DU MILIEU

Dans la plupart des études Consortium, les programmes axés sur la participation du milieu ne jouaient pas un rôle essentiel. Les données à ce sujet sont donc limitées, principalement à caractère anecdotique, et proviennent d'études insuffisamment contrôlées ou évaluées. Il semble cependant que les programmes ont favorisé une meilleure utilisation des autres services éducatifs, de santé et sociaux du milieu. Le personnel des programmes Head Start jouait un rôle d'information et d'orientation pour faire en sorte que les familles reçoivent les services nécessaires. Des liaisons importantes ont aussi été établies avec les écoles publiques locales par le biais du recours aux ressources scolaires, d'énoncés conjoints de politique et de séances conjointes de formation du personnel. On a constaté chez d'autres familles du milieu qui n'avaient pas participé aux programmes Head

Start des effets positifs multiplicateurs. Dans les cas où la participation du milieu (et des parents) était importante, cela a semblé avoir pour effet de rendre les organismes et les établissements du milieu généralement plus ouverts aux besoins des personnes démunies. Malgré la faiblesse des données de recherche sur la participation du milieu, il n'y a aucune donnée négative à ce sujet, et quelques données positives limitées indiquent que la participation du milieu aux programmes est importante.

## 7. ÉLÉMENTS DES PROGRAMMES

Il existe quatre grandes études de comparaison sur les éléments des programmes (Miller et Dyer, 1975; Miller et Bizell, 1983; Karnes, Schwedel et Williams, 1983; Schweinhart, Weikart et Larner, 1986)). Les programmes se distinguent entre eux sous bien des aspects (p. ex., les dates choisies et la durée, le fait qu'ils sont dispensés à domicile ou dans un centre, les éléments divers qui les composent), ce qui rend toute comparaison difficile. Les conclusions générales indiquent cependant qu'il n'y a pas de programme idéal. Certains éléments communs aux programmes efficaces ont été isolés, mais aucun modèle n'est supérieur à un autre. Lazar (1983) souligne qu'il est bon que le programme idéal ne soit pas défini de façon précise, ce qui donne aux responsables de son élaboration la liberté de choisir les éléments importants de façon à offrir un programme particulièrement bien adapté aux enfants, aux familles et aux divers milieux.

## 8. THÉORIE ET RECHERCHE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

La seule caractéristique commune des programmes efficaces, c'est qu'ils doivent comporter des éléments de base fondés sur la théorie et la recherche sur le développement de l'enfant. Le programme efficace comprend des objectifs et des buts clairement définis, est mis en oeuvre avec soin et fait l'objet d'une évaluation systématique (Consortium for Longitudinal Studies, 1983; Woodhead, 1988). Ce processus d'élaboration, de mise en oeuvre et d'évaluation doit être considéré comme une partie intégrale de l'aménagement d'un programme, plutôt que comme un élément qui lui est ajouté.

Le programme doit reconnaître les possibilités et les richesses multiples de l'enfant et promouvoir son développement intégral en répondant à ses besoins sociaux, affectifs, cognitifs et physiques. Il est important que les principaux objectifs d'un programme axé sur l'enfant favorisent chez lui la confiance, l'autonomie et l'initiative. Ces objectifs peuvent être facilement intégrés à un programme faisant appel au jeu, dans lequel les enfants sont incités à exprimer de façon dynamique leur propre compréhension du monde. Selon un grand nombre de chercheurs (p. ex., Wright, 1983; Karnes, Schwedel et Williams, 1983; Deutsch, Deutsch, Jordan et Grallo, 1983; Schweinhart, Weikart et Larner, 1986; Zigler, 1987), ces éléments sont peut-être plus importants que la formation scolaire elle-même pour doter les enfants des outils dont ils auront besoin à l'école et dans la vie. L'analyse des programmes High/Scope (Schweinhart, Weikart et Larner, 1986) indique nettement que les programmes fondés sur ces objectifs ont des effets positifs sur la baisse de la délinquance et la promotion des relations harmonieuses dans la famille.

## 9. SOUPLESSE

Les programmes dispensés aux enfants et aux familles doivent être souples et offrir aux familles diverses options leur permettant de choisir les éléments qui répondent le mieux à leurs besoins individuels.

## 10. ÂGE DES ENFANTS ET DURÉE DES PROGRAMMES

Rien ne prouve qu'il existe une zone d'âge critique pour participer à un programme préscolaire, ou qu'un programme à court terme sera tout aussi efficace qu'un programme de longue durée. Compte tenu des difficultés de la permanence de leurs effets, il est recommandé que les programmes de prévention durent plus d'un an, plusieurs chercheurs ayant signalé des résultats équivoques associés à des programmes de courte durée (p. ex., Karnes, Schwedel et Williams, 1983; Juno, 1983; Wright, 1983).

## 11. CADRE PHYSIQUE DU PROGRAMME

Les programmes dispensés à partir d'un centre sont plus faciles à repérer et à reconnaître dans le milieu. Selon nos principales sources d'information sur les programmes ontariens (p. ex., Greenway-Chaplin Neighbourhood Association), le centre doit être facilement accessible à la population desservie. S'il est situé dans le milieu, il facilite les contacts avec les familles et les autres ressources communautaires. Cela peut également inciter les familles à considérer que le centre leur appartient.

Le cadre physique doit être invitant, chaleureux et sûr, et son ambiance doit être accueillante et inciter à revenir.

## 12. PERSONNEL

a. **Qualifications**. Le personnel doit avoir une bonne formation et une bonne connaissance du développement de l'enfant, et savoir comment travailler efficacement avec les enfants. Un grand nombre des responsables interviewés ont cependant indiqué qu'en plus de leur personnel, ils avaient largement recours à des bénévoles qui étaient formés sur le terrain. Le personnel doit avoir d'autres qualités importantes comme la sensibilité, la compétence et l'engagement au travail. Il doit aussi bien connaître la population desservie et les problèmes qui se posent dans le milieu. Ces facteurs sont particulièrement importants pour établir des relations de confiance entre les spécialistes en puériculture et les enfants et leurs familles.

b. **Taux d'encadrement des enfants**. Selon Vopave, et al., le taux d'encadrement des enfants par les adultes est l'indice le plus important de l'efficacité d'un programme. Dans les programmes les plus efficaces, ce taux était d'environ un adulte pour cinq enfants.

c. **Supervision**. Un superviseur compétent doit assurer un contrôle consciencieux et prévoir suffisamment de temps pour planifier la mise en oeuvre du programme. Une supervision efficace est indispensable au succès des programmes.

d. **Planification**. Le personnel doit participer activement à l'élaboration et à la mise en oeuvre des programmes, ce qui l'incite à s'engager plus à fond dans la prestation des programmes.

e. **Continuité**. La continuité des programmes et du personnel est essentielle aux enfants d'âge préscolaire. Cette continuité revêt une signification particulière lorsque la population desservie accorde beaucoup d'importance à l'établissement de rapports de confiance (Zigler et Valentine, 1978). L'épuisement professionnel et la rotation du personnel sont des problèmes constants en puériculture. Il importe donc de fournir au personnel une rémunération, un soutien et des conditions de travail faborables pour assurer sa continuité.

## B. THÈMES COMMUNS

### 1. DONNÉES SUR LES EFFETS IMMÉDIATS ET À LONG TERME des programmes préscolaires de qualité

**Effets POSITIFS à court terme** :

ENFANTS

- augmentation du quotient intellectuel
- meilleure préparation pour l'école
- rendement scolaire meilleur
- plus grande estime de soi

- motivation plus grande
- amélioration du comportement social.

L'une des conclusions constantes des programmes préscolaires indique cependant que les gains à court terme au plan du développement cognitif ne sont pas soutenus une fois l'enfant inscrit à l'école. Vers la troisième ou la quatrième année après la fin d programme préscolaire, ces gains se dissipent.

PARENTS :

- moins anxieux et moins dépressifs
- se plaignent moins souvent de symptômes
- sont plus heureux
- améliorent leurs méthodes d'éducation des enfants
- ont recours aux services sociaux et de santé de façon plus judicieuse.

**Quelques effets POSITIFS à long terme**

ENFANTS :

- moins d'enfants orientés vers l'éducation de l'enfance en difficulté
- moins de cas de redoublement de classe
- augmentation du taux d'emploi, de la rémunération moyenne, des économies personnelles et de la satisfaction au travail

- o réduction du taux de criminalité, des arrestations, des comparutions devant le tribunal de la jeunesse, des mois passés en probation et des amendes

- o taux de grossesse réduit chez les adolescentes

- o plus grande fréquence des examens médicaux et dentaires, des évaluations des troubles de l'élocution, du langage et du développement, des examens de la vue et de l'ouie, de l'évaluation des besoins nutritionnels

- o effets particulièrement positifs sur les enfants physiquement handicapés.

## 2. L'ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS POUR LES PARENTS EST L'UN DES INDICES LES PLUS IMPORTANTS DU SUCCÈS DES ENFANTS À L'ÉCOLE PUBLIQUE

La participation des parents aux programmes préscolaires est associée au rendement scolaire positif des enfants à long terme. Il importe donc de favoriser et d'encourager cette participation, qui ne doit pas être obligatoire, les familles n'ayant pas toutes les mêmes possibilités à cet égard.

## 3. LES PROGRAMMES ONT FAVORISÉ UN RECOURS APPROPRIÉ AUX AUTRES SERVICES ÉDUCATIFS, SOCIAUX ET DE SANTÉ

Les programmes préscolaires de qualité ont favorisé un recours plus approprié aux autres services éducatifs, sociaux et de santé. En outre, lorsque les parents et le milieu participaient activement à ces programmes, les organismes et les établissements étaient davantage ouverts aux besoins des personnes défavorisées.

### 4. LES PROGRAMMES ONT ÉTÉ PARTICULIÈREMENT UTILES AUX ENFANTS AYANT UN HANDICAP PHYSIQUE OU DES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT

Les programmes préscolaires peuvent être un instrument très efficace de dépistage précoce et d'intervention auprès des enfants qui ont des difficultés comportementales.

### 5. LES PROGRAMMES D'UNE DURÉE DE DEUX ANS ÉTAIENT PLUS EFFICACES

Les programmes d'une durée de deux ans étaient plus efficaces que ceux d'une durée de un an au plan de la stabilité des résultats positifs chez les enfants. Il est cependant probable que des programmes d'une durée encore plus longue auraient des effets à court terme plus stables et des effets à long terme plus importants.

### 6. IL NE SEMBLE PAS Y AVOIR DE MODÈLE DE PROGRAMME IDÉAL

Il a été établi que des programmes différents (p. ex., Montessori, méthodes traditionnelles) ont des effets positifs sur différents aspects de l'évaluation des résultats.

### 7. LE PROGRAMME DOIT ÊTRE DE QUALITÉ ET VISER LE DÉVELOPPEMENT INTÉGRAL DES ENFANTS

Quel que soit le modèle retenu, le programme doit répondre aux besoins des enfants dans tous les domaines de leur développement.

### 8. L'ADMINISTRATION ET LE PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL SONT DES ÉLÉMENTS IMPORTANTS DU SUCCÈS DES PROGRAMMES

Le personnel a besoin des éléments suivants : bonne formation, enthousiasme, connaissance du milieu, bonne supervision, taux d'encadrement faible et rémunération raisonnable, pour aider les enfants, par son travail, à profiter des programmes préscolaires.

## C. LIMITES DE LA RECHERCHE

Un grand nombre d'indices confirment l'efficacité des programmes de prévention primaire chez les enfants d'âge préscolaire. Il n'en reste pas moins que ces recherches présentent quelques limites.

### 1. RÉSULTATS AU PLAN COGNITIF

Les travaux de recherche et les programmes accordent une importance particulière au développement cognitif. Nous avons besoin à l'heure actuelle de travaux de recherche bien conçus touchant les effets des programmes sur le bien-être psychosocial des enfants, ainsi que leurs effets sur les familles et le milieu.

### 2. CONSTITUTION ET TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La plupart des travaux de recherche sont fondés sur des enfants américains d'âge préscolaire, de race noire, très défavorisés, et ne peuvent peut-être pas être généralisés aux programmes canadiens. Par exemple, il y a le programme préscolaire Perry qui englobe une grande diversité de variables au plan cognitif, social et économique. Si ses résultats sont convaincants, l'échantillon est limité et les participants viennent d'un ghetto noir américain. On peut donc s'interroger sur la possibilité de généraliser ces programmes. Un programme analogue serait-il efficace dans le contexte canadien, marqué par la diversité culturelle et raciale de la population défavorisée des milieux urbains ou ruraux?

### 3. EFFETS SUR LA FAMILLE

Il n'existe aucune étude systématique des effets de ces programmes sur la famille, mais seulement quelques données descriptives limitées. Les recherches dans ce domaine devraient tenir compte de l'interaction dynamique entre l'enfant, la famille et le milieu.

### 4. PARTICIPATION DU MILIEU

La recherche sur les programmes préscolaires ne s'est guère intéressée à ce sujet, même si la participation du milieu est un élément important du programme Head Start. Bien des questions peuvent aussi être analysées, notamment le mécanisme favorisant la participation optimale du milieu et l'évaluation de l'influence réciproque du milieu sur les programmes et des programmes sur le milieu.

## D. CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES EFFICACES

Notre revue de la documentation et des programmes préscolaires pour les enfants des milieux défavorisés a fait ressortir les caractéristiques suivantes des programmes efficaces :

### 1. ÉLABORATION DES PROGRAMMES

- Le programme est accessible pendant au moins deux ans.
- Approche globale de l'enfant et de la famille.
- Le programme est souple et peut être adapté pour répondre aux besoins de l'enfant et de la famille, dès qu'ils se présentent.
- Le programme met l'accent sur la santé et l'éducation, plutôt que sur les pathologies.

- Le programme est bien conçu, ses objectifs sont clairement énoncés, il est mis en oeuvre avec soin et il fait l'objet d'une évaluation complète. Le contenu du programme n'est pas aussi important que la façon dont il est dispensé.

- Le programme cherche surtout à répondre aux besoins de développement des enfants d'âge préscolaire, et met notamment l'accent sur l'autonomie, l'estime de soi, les techniques efficaces de résolution de problèmes, l'attention et la persévérance.

- Évaluation des besoins du milieu et collaboration du milieu à l'élaboration et à l'aménagement du programme.

- Planification conjointe avec les ressources existantes du milieu, pour éviter les chevauchements de services et promouvoir la collaboration.

- Intégration aux autres ressources et services d'aide : santé, logement, éducation, assistance sociale et emploi.

- Continuité entre les programmes pour enfants en bas âge et les programmes préscolaires, entre les programmes préscolaires et les programmes du cycle primaire.

- Évaluation raisonnablement complexe et judicieusement conçue.

## 2. ÉLÉMENTS DU PROGRAMME

- Halte pour les enfants et les parents, intégrée au programme, sur les lieux-mêmes du centre, permettant aux parents d'y amener leurs enfants plus jeunes ou ceux d'âge préscolaire en dehors des heures qui leur sont affectées dans le cadre du programme.

- Soutien aux parents et garde de relève pour leur permettre de s'absenter de temps en temps.

- Ouverture aux besoins des enfants en difficulté, possibilité de les intégrer au programme (après consultation des responsables appropriés).

- Encouragement de la participation familiale, sans la rendre obligatoire. La participation de la famille doit être considérée comme quelque chose d'agréable.

- Pertinence des programmes pour les familles économiquement défavorisées (p. ex., soutien à l'emploi et alphabétisation, formation des parents et des enfants).

## 3. MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME

- Offert douze mois sur douze, avec un programme en plein air pour l'été.

- Organisation souple : programme d'une journée et d'une demi-journée.

- Personnel qualifié, ayant l'expérience nécessaire dans les domaines appropriés.

- Connaissance du milieu par le personnel.

- Encouragement de la participation du personnel à la gestion.

- Temps de préparation suffisant pour le personnel.

- Taux d'encadrement ne dépassant pas un adulte pour cinq enfants, dans le cadre du programme pour enfants en bas âge ou pour enfants d'âge préscolaire.

- Encouragement de la participation des parents à la gestion du programme.

## E. ORIENTATIONS FUTURES DE LA RECHERCHE

Il y a un certain nombre de sujets de recherche qui enrichiraient les études dans ce domaine s'ils étaient réalisés dans le cadre des programmes de prévention en Ontario.

### 1. PERSPECTIVES CULTURELLES DIFFÉRENTES

La recherche et les programmes prédominants portent surtout sur les programmes américains, offerts aux enfants américains, qui répondent à des besoins qui ont été déterminés aux États-Unis. Cette recherche est en grande partie axée sur les habitants des ghettos. Il existe un certain nombre de sous-groupes assez discrets de personnes défavorisées au Canada, pour lesquels la recherche sur les résultats de ces programmes n'a pas été comparativement bien documentée (p. ex., mères seul soutien de famille, nouveaux immigrants, ruraux, autochtones). Cette initiative coordonnée de prévention primaire peut apporter une approche canadienne distincte à la prestation de programmes aux enfants économiquement défavorisés.

### 2. UNE APPROCHE GLOBALE

Un modèle efficace de programme préscolaire doit être davantage fondé sur une approche globale que par le passé, car les besoins affectifs, sociaux et intellectuels des enfants sont étroitement liés à leur famille et à leur milieu. L'orientation familiale d'une initiative de prévention à l'âge préscolaire se justifie facilement à partir de la recherche sur le développement de l'enfant, qui indique que la famille exerce une influence profonde sur le développement psychologique de l'enfant. Pourtant, jusqu'ici, les travaux de recherche s'occupent rarement de déterminer les influences de la famille ou du milieu qui sont des éléments reconnus d'un modèle de prévention pour les enfants d'âge préscolaire.

## 3. ÉLÉMENTS DU PROGRAMME

Quels sont les éléments les plus efficaces d'un programme de prévention pour les enfants d'âge préscolaire? Pour répondre à cette question, les chercheurs doivent aborder d'autres questions concernant les coûts et la rentabilité, ainsi que des sujets qui ont une importance psychosociale pour l'enfant et la famille. La recherche devra déterminer les composantes individuelles et établir avec soin leur influence dans divers contextes. Par exemple, les composantes comme le recours exclusif à un programme préscolaire dispensé à partir d'un centre, ou à un programme axé sur les parents, ou à un programme faisant appel aux deux formules, les différences entre les programmes, les visites à domicile : autant de sujets pour lesquels les procédés et les résultats doivent être approfondis.

## 4. PARTICIPATION DE LA FAMILLE

Jusqu'à quel point la participation des parents est-elle nécessaire pour le développement optimal de l'enfant dans le cadre d'une initiative préscolaire? À nouveau, il importe d'examiner et de justifier avec soin les diverses possibilités, minimales ou maximales, à différents niveaux. La recherche doit porter sur divers types de participation des parents, notamment leur collaboration à la halte, à la ludothèque, à des groupes d'orientation et de soutien, ainsi qu'à l'enseignement.

## 5. PARTICIPATION DU MILIEU

Quel est le degré de participation du milieu qui découle de la participation des parents aux programmes offerts aux enfants en bas âge et d'âge préscolaire? De quelle façon la participation du milieu à la planification et à l'élaboration des programmes influe-t-elle sur les résultats?

## 6. CONTINUITÉ

Un modèle intégré couvrant la période de la première enfance à l'âge préscolaire ou celle de l'âge préscolaire au cycle primaire enrichirait le domaine de la prévention primaire en fournissant des données sur les programmes instaurés avant la naissance, par rapport aux programmes mis en place par la suite. Les gains obtenus au plan cognitif seraient-ils soutenus et les résultats à long terme seraient-ils meilleurs s'il y avait une certaine continuité entre les programmes pour les enfants en bas âge et ceux d'âge préscolaire, ou les enfants d'âge préscolaire et ceux du cycle primaire?

## 7. PROGRAMMES DISPENSÉS À PARTIR D'UN CENTRE OU À DOMICILE

Y a-t-il des différences, au plan des résultats, entre les programmes efficaces dispensés à partir d'un centre et les programmes efficaces dispensés à domicile?

## 8. VISITES À DOMICILE

Quelle contribution pourrait apporter aux résultats positifs d'un programme préscolaire efficace une composante bien planifiée de visites à domicile?

## 9. ÉVALUATION

Il importe d'intégrer l'évaluation des méthodes à toute étude sur les effets d'un programme de qualité pour les enfants en bas âge et d'âge préscolaire.

## 10. PERSONNEL

La documentation sur les programmes de prévention primaire pour les enfants d'âge préscolaire n'indique pas clairement l'importance respective des antécédents, de la formation et de l'expérience du personnel pour la prestation d'un programme modèle, la participation des parents et la liaison avec les services à l'enfance du milieu. Le personnel comprend tout particulièrement les bénévoles, les éducateurs de la petite enfance, les travailleurs communautaires et les travailleurs sociaux.

## IV. PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE : ENFANTS DU CYCLE PRIMAIRE

Le domaine de la prévention primaire pour les enfants du cycle primaire (de la maternelle à la troisième) en est à un stade critique de son évolution. Au cours des cinq dernières années, on a constaté une sensibilisation accrue aux possibilités des programmes de prévention en santé mentale pour ce groupe d'âge, et une meilleure compréhension de la nécessité d'efforts significatifs et efficaces de prévention à l'école. Mais il n'y a pas beaucoup de programmes bien conçus, mis en oeuvre et documentés pour les enfants de cet âge, surtout par rapport aux enfants en bas âge et aux enfants d'âge préscolaire.

L'intérêt pour les programmes du cycle primaire découle principalement de la nécessité de prévenir la délinquance juvénile, les toxicomanies et les échecs scolaires au moment où les enfants poursuivent des études plus avancées à l'école primaire et à l'école secondaire. Cette revue est fondée sur l'analyse de plus de 50 articles et ouvrages et sur des interviews réalisées auprès de représentants de 10 programmes.

### A. REVUE DE LA DOCUMENTATION ET DES PROGRAMMES

L'un des principaux facteurs associés à la pauvreté relative des programmes de prévention primaire des difficultés au plan de la santé mentale chez les enfants d'âge scolaire est l'incompatibilité générale entre les idées et la formation traditionnelles des éducateurs spécialisés et celles des spécialistes de la santé mentale (Stillwell, et al., 1985). Cette divergence a commencé à s'estomper au cours des dix dernières années, lorsque l'éducation au cycle primaire a élargi ses objectifs pour ajouter à ses préoccupations purement scolaires le développement social, affectif et personnel des enfants (objectifs de l'Ontario pour le cycle primaire). Simultanément, selon l'approche actuelle en santé mentale, on accorde aujourd'hui plus d'importance à l'acquisition des compétences psychosociales normales plutôt que de se concentrer exclusivement sur les caractéristiques de l'inadaptation.

## IV ENFANTS DU CYCLE PRIMAIRE

Il y a deux types de programmes de prévention primaire en santé mentale pour les enfants du cycle primaire :

- **Programmes axés sur l'enfant**. Ces programmes visent à améliorer la capacité des enfants à s'adapter efficacement aux situations stressantes. Ces programmes visent à changer directement les enfants.

- **Programmes axés sur les systèmes**. Ces programmes visent à changer indirectement les enfants en modifiant les systèmes qui les encadrent (Durlak et Jason, 1984; Durlak, 1985).

### 1. PROGRAMMES AXÉS SUR L'ENFANT

La plupart des programmes destinés aux enfants d'âge scolaire sont axés sur l'enfant et visent l'acquisition d'aptitudes ou de compétences particulières : formation affective, résolution de problèmes sociaux, adaptation au stress et acquisition d'aptitudes parascolaires (p. ex., talents athlétiques ou artistiques).

#### a. Formation affective

Les programmes de formation affective visent à favoriser le développement social et affectif des enfants en les aidant à comprendre et accepter le fait que les sentiments, les attitudes et les valeurs influent sur les relations interpersonnelles et intrapersonnelles. L'idée sous-jacente de ces programmes, c'est que l'amélioration du développement socio-affectif entraînera un comportement plus adapté et réduira les possibilités d'inadaptation ultérieures (Durlak, 1985).

Les programmes de formation affective sont décevants dans leurs résultats et se caractérisent par des lacunes méthodologiques comme l'absence de données de suivi, l'absence de contrôle des effets des traitements non spécifiques et le fait que les résultats positifs sont limités aux mesures d'évaluation choisies et déclarées par l'expérimentateur. Rien

ne montre que la base conceptuelle des programmes est associée à des effets positifs.

Malgré ces lacunes, les programmes de formation affective demeurent répandus pour les raisons suivantes :

1) Ils sont compatibles avec le principe de l'éducation de "l'enfant global";

2) On peut se procurer des programmes préparés par des entreprises commerciales (p. ex., Developing and Understanding Self and Others -- DUSO), qui semblent valables pour les enseignants et qui sont faciles à administrer.

En raison de l'enthousiasme d'un grand nombre d'enseignants pour la formation affective, cette approche est prometteuse. Mais le manque d'attention accordée aux questions de sa mise en oeuvre ainsi que le manque de formation efficace et de supervision des enseignants peuvent être des éléments importants qui en réduisent l'efficacité générale (Durlak, 1985).

### b. Formation à la résolution de problèmes interpersonnels et cognitifs (ICPS)

Ce programme de formation bien connu, élaboré à l'origine par Spivak et Shure, a été adopté dans divers contextes scolaires en Amérique du Nord. Il est fondé sur les notions suivantes : 1) des techniques précises de résolution de problèmes cognitifs ou sociaux aident à déterminer l'adaptation des enfants; 2) une plus grande maîtrise de ces techniques favorise une meilleure adaptation et prévient des difficultés ultérieures (Shure et Spivak, 1987). Les programmes ICPS montrent aux jeunes enfants à trouver diverses solutions à des problèmes interpersonnels et à déterminer les conséquences de chaque solution. Ils montrent aux enfants de quelle façon réfléchir à des problèmes interpersonnels plutôt que de leur montrer ce qu'il faut penser.

Cette approche est naturellement séduisante pour un grand nombre d'éducateurs dans les programmes préscolaires et au cycle primaire, car elle met l'accent sur l'acquisition de techniques générales de réflexion, applicables à une gamme variée de problèmes scolaires, cognitifs, impersonnels, ou mêmes sociaux et interpersonnels. Le programme ICPS de Spivak et Shure a été choisi comme l'un des 14 programmes "modèles" par le groupe d'étude sur la prévention de l'American Psychological Association (Price, et al., 1988).

Il existe beaucoup de travaux de recherche sur les effets du programme ICPS, en raison de son intérêt naturel et de son application généralisée en matière de prévention et de dépistage précoce chez les enfants du cycle primaire (pour une revue excellente, voir Pellegrini et Urbain, 1985; pour d'autres revues, voir Durlak, 1983, 1985; Offord, 1987).

Ces revues indiquent que divers programmes de formation ont été efficaces pour faire acquérir aux enfants les techniques ICPS, et que la formation à ces techniques peut avoir des effets intéressants qui dépassent un meilleur rendement lors de tests cognitifs. Mais ces conclusions positives sont légèrement affaiblies en raison du manque de groupes témoins appropriés et de l'absence de pré-évaluation et de post-évaluation externes valables. En outre, Spivak et Shure sont les seuls à mettre constamment en évidence le fait que la formation aux techniques ICPS améliore l'adaptation des enfants et que cette amélioration est associée à l'acquisition des techniques de résolution de problèmes.

Comme le souligne Offord (1987), on ne sait pas si les résultats significatifs indiqués par Spivak et Shure s'expliquent par le parti pris de l'enseignant ou du correcteur lors de l'évaluation de l'adaptation, l'absence de répartition randomisée des enfants dans les groupes participants, des groupes témoins peu appropriés ou le programme lui-même. En outre, il se peut que d'autres variables, par exemple la personnalité de Spivak et Shure, leur aptitude à motiver les enseignants et leur insistance auprès des enseignants et des parents sur la multiplication des possibilités pour les enfants

de mettre en pratique les techniques récemment acquises dans un large éventail de situations naturelles (dites "de dialogue") expliquent le succès remporté par Spivak et Shure, alors que d'autres ont échoué.

Dans l'ensemble, rien ne prouve à l'heure actuelle la notion sous-jacente des programmes ICPS, selon laquelle les techniques de résolution de problèmes favorisent indirectement l'adaptation (Nelson et Carson, 1988). Gesten et Jason (1987) présentent d'autres suggestions en vue d'améliorer les programmes ICPS et la recherche : améliorer les caractéristiques psychométriques des instruments d'évaluation des programmes ICPS; intégrer des modèles de formation à la résolution de problèmes et d'acquisition des aptitudes sociales; approfondir les échecs antérieurs relatifs à la mise en oeuvre, et élargir l'approche limitée d'acquisition de compétences axées sur l'enfant pour inclure des programmes à l'échelon de l'école ou des systèmes.

Malgré certaines lacunes, la formation systématique aux techniques de résolution de problèmes sociaux et cognitifs reste la composante la plus prisée des programmes de prévention primaire axés sur l'enfant en santé mentale et visant les enfants du cycle primaire. La recherche ultérieure dans ce domaine constitue un défi important.

### c. Formation aux aptitudes sociales et à la confiance en soi

On trouve de bons exemples de ce genre de programme de formation axée sur l'enfant dans le programme de formation à la confiance en soi de Rotheram, Armstrong et Booraem, destiné aux enfants de quatrième et cinquième années, ainsi que dans le programme de sensibilisation sociale et de résolution de problèmes sociaux d'Elias (Elias, et al., 1986). En plus d'intégrer les techniques ICPS, ces deux programmes comportent d'autres éléments d'acquisition d'aptitudes : aptitudes comportementales non verbales et maîtrise de ses émotions (programme de Rotheram), sensibilité interpersonnelle et

attentes positives pour la résolution de problèmes (programme de Elias).

Pour le programme de Rotheram, on constate une amélioration considérable de la conduite des élèves en classe (évaluée par l'enseignant), du rendement et de la popularité des enfants du groupe expérimental, et des notes moyennes plus élevées lors du suivi un an après. Les résultats du programme Elias montrent que les enfants qui ont participé aux 20 séances de formation à la résolution de problèmes sociaux et aux cinq mois d'activité pratique ont été beaucoup moins stressés au cours de leur première année du premier cycle secondaire qu'un groupe d'enfants qui avaient participé exclusivement aux 20 séances de formation. Les enfants des deux groupes étaient moins stressés que ceux d'un groupe témoin. Il n'existe pas d'autres données de suivi.

Les effets des programmes Rotheram et Elias sont modestes et parfois difficiles à déterminer. En outre, le groupe expérimental qui comprenait des élèves de quatrième et de cinquième, est plus âgé que le groupe d'âge scolaire cible des enfants dans le cadre de l'initiative coordonnée de prévention primaire. On ne sait pas si des programmes analogues seraient efficaces chez des enfants plus jeunes.

### d. Acquisition d'aptitudes dans les sports et les arts

Cette approche présuppose qu'un grand nombre d'enfants qui risquent de connaître des difficultés socio-affectives et comportementales se retrouvent également très loin derrière leurs camarades en ce qui a trait aux aptitudes pour les sports, la musique et d'autres domaines "non scolaires". Les programmes qui visent à leur faire acquérir ces aptitudes peuvent accroître leur perception générale de leur compétence et de leur estime d'eux-mêmes et avoir des effets multiplicateurs dans d'autres domaines, par exemple à l'école, dans leur milieu, dans leur famille et avec leurs camarades (Jones et Offord, sous presse).

Cette approche est naturellement très séduisante, mais elle ne comporte guère de travaux de recherche systématiques. Dans le cadre d'un projet réalisé à Ottawa, Jones et Offord (1983) ont préparé un programme de formation de 32 mois à l'intention de 400 enfants de 5 à 15 ans d'un milieu résidentiel subventionné. Le programme comportait 40 composantes, principalement des sports, mais aussi d'autres éléments comme la guitare, le ballet, le scoutisme, etc. Un deuxième milieu résidentiel présentant des caractéristiques démographiques semblables a été choisi comme élément de comparaison.

Le programme a permis aux élèves d'améliorer leurs aptitudes et de s'intégrer à des ligues existantes ou à d'autres activités de compétition dans le milieu environnant. Il n'a pas permis de constater des différences certaines entre les enfants qui y ont participé et les autres, à partir des mesures d'évaluation du comportement utilisées par les enseignants ou les parents. Par rapport aux enfants ne faisant pas partie du programme, les participants ont indiqué une légère augmentation de leur estime d'eux-mêmes.

Les mesures discrètes d'évaluation du comportement antisocial (p. ex., inculpations policières, violation de la sécurité : bris de vitres et d'ampoules, cris dans les couloirs, poubelles renversées et appels d'alarme dans les milieux résidentiels subventionnés) ont indiqué des changements importants et statistiquement significatifs chez les résidents du milieu résidentiel subventionné ayant participé au programme. Mais à la fin du programme, la situation s'est inversée et a empiré. Une analyse des coûts et des avantages a cependant indiqué que les économies potentielles (réduction du vandalisme et des coûts des services policiers et d'incendie) ont dépassé les coûts de l'organisation du programme.

Les résultats ont donc été circonscrits à certaines formes et à certains contextes du comportement des enfants, et ces effets se sont manifestés pendant toute la durée du programme. (Remarque : Les enfants du cycle primaire ont aussi participé au programme, mais les résultats ne permettent pas d'en établir

les effets en fonction de l'âge. On ne sait pas si les effets du programme sur le comportement antisocial dans le milieu, comme les actes de vandalisme, touchent davantage les enfants plus âgés que les plus jeunes.)

### e. Résumé des approches axées sur l'enfant

En résumé, les approches axées sur l'enfant en matière de développement des aptitudes dans les programmes de prévention primaire en santé mentale pour les enfants du cycle primaire visaient principalement la formation affective (meilleure compréhension de ses sentiments et de ses émotions et de ceux des autres) et les techniques de résolution de problèmes interpersonnels. D'autres approches, beaucoup moins prévalentes, se retrouvent dans les programmes visant l'acquisition d'aptitudes sociales, l'adaptation au stress et l'acquisition d'aptitudes sportives et autres. En raison des résultats quelque peu décevants des programmes axés sur l'enfant, nous accorderons maintenant plus d'attention à une analyse écologique des problèmes de santé mentale et de leur prévention.

## 2. APPROCHES ÉCOLOGIQUES DE LA PRÉVENTION

Dans un article qui fait le point sur la prévention en santé mentale, Elias (1987) considère "décevante" la croissance des programmes viables et empiriques de prévention continue. Il explique que cela vient surtout de ce que la plupart des programmes ont tendance à considérer les destinataires individuels comme des "bénéficiaires", et il démontre que le cadre social est le contexte essentiel de la prévention.

Il est hors de notre propos de présenter ici ces analyses écologiques. Rappelons simplement une notion fondamentale sous-jacente à cette perspective : le développement individuel ne peut être compris que dans un contexte et un milieu, et les caractéristiques de l'individu et de son milieu interagissent de façon réciproque et transactionnelle. Cela a des incidences

considérables sur les programmes de prévention et cette perspective a suscité des débats animés. On se demande si les efforts de prévention doivent être orientés vers l'individu, comme c'est le cas des programmes axés sur l'enfant dont nous venons de parler, ou s'ils doivent être axés sur les principaux systèmes (la famille, l'école, le milieu) qui encadrent la vie de l'individu (Sur ces deux perspectives, voir Cowen, 1985; Elias, 1987; Rappaport, 1981 et Woodhead, 1988).

En ce qui a trait aux programmes de prévention pour les enfants du cycle primaire, selon l'approche écologique, pour établir des programmes plus efficaces et durables, la classe, l'école et le milieu où se déroule le programme doivent jouer un rôle important à l'étape de son élaboration et de l'évaluation. On est de plus en plus convaincus de l'importance, voire de la nécessité d'intégrer une perspective écologique aux programmes de prévention, mais il y a peu d'exemples de ces programmes pour les enfants du cycle primaire.

Dans sa revue, Durlak (1985) présente trois approches écologiques pour favoriser le rendement scolaire ou l'acquisition de compétences sociales chez les enfants : 1) modification de l'aménagement de la classe (p. ex., aménagement libre par rapport à l'aménagement "traditionnel"); 2) adoption de divers types d'activités d'apprentissage interdépendantes (p. ex., recours aux casse-tête) et c) recours par les élèves à l'aide de leurs pairs. La conclusion générale de ces études, c'est que le système des pairs et l'apprentissage interdépendant ont donné des résultats positifs, notamment en ce qui a trait à l'amélioration des rapports sociaux entre les pairs et aux attitudes des élèves à l'égard d'eux-mêmes et de l'école. Les gains au plan du rendement scolaire n'ont pas été constants. Mais comme aucune de ces études ne portait sur le long terme, on ne sait pas bien si ces effets sont durables.

Un programme élaboré expressément pour les enfants d'âge scolaire dans une perspective écologique est le programme de prévention primaire de Yale-New Haven, mis en oeuvre pour la première fois en 1968 (Comer, 1976, 1980). Il est étonnant que ce programme, qui a vu le jour il y a vingt ans et qui a été reproduit dans 14 écoles primaires ne soit pas mentionné dans la plupart des revues de la documentation sur le sujet (p. ex., Durlak, 1985;

Offord, 1987; Price et al., sous presse). Malgré cette omission, il semble qu'il s'agit là du meilleur programme de prévention primaire existant, ayant une approche écologique pour les enfants d'âge scolaire, dans la documentation qui existe. À ce titre, il mérite l'attention.

Comer vise à changer le climat des écoles primaires démoralisées des milieux démunis et minoritaires. Son programme met l'accent sur les points suivants :

- o compréhension et mise en application des principes du développement normal de l'enfant;
- o modification du mode fondamental de gestion des écoles.

Ce programme type comprend les éléments suivants :

a. **Équipe de planification et de gestion de l'école**. Sous la gouverne de la direction de l'école, cette équipe de 12 à 14 personnes, qui comprennent des enseignants, des aides-enseignants, des parents et un spécialiste de la santé mentale, est considérée par Comer comme l'élément clé du programme. Le mandat de l'équipe est le suivant : "stopper les forces de confusion et de conflit et établir un processus ordonné et efficace d'éducation" à l'école.

   L'équipe définit les problèmes et les possibilités :

   - o en ce qui a trait au climat de l'école et au milieu social
   - o en ce qui a trait au programme scolaire et à la formation du personnel.

b. **Participation des parents**. Les parents aident à mi-temps les enseignants principaux et sont rémunérés au salaire minimum. Ils élaborent le programme de participation des parents. Ils constituent le noyau d'un groupe de parents, responsables de l'organisation et de la mise en oeuvre des

activités sociales prévues au cours de l'année, ainsi que de l'élaboration des ateliers scolaires et sociaux. Tous les parents sont incités activement à participer aux activités sociales et autres de l'école. Ces activités sont établies le plus possible à partir des aptitudes scolaires et sociales.

c. **Équipe de santé mentale**. Ce groupe de spécialistes en santé mentale infantile et familiale, qui comprend un spécialiste de la psychiatrie infantile, un psychologue, un travailleur social et un enseignant auxiliaire qui s'intéresse à la psychologie, fournit des services directs aux enfants, des services de prévention par le biais d'un représentant au sein de l'équipe de gestion, et une aide au personnel et aux parents pour mieux travailler avec les enfants. L'une des responsabilités principales de cette équipe est la formation des enseignants et la consultation.

d. **Programme scolaire**. À partir du rendement des enfants lors d'un test d'efficience, l'équipe de gestion établit pour toute l'école les objectifs scolaires et les stratégies pédagogiques. Les élèves qui risquent d'avoir un mauvais rendement en lecture et en mathématiques sont dépistés et des programmes sont élaborés en fonction de leurs besoins individuels.

Lorsqu'il décrit ce modèle, Comer souligne que le programme est plutôt un processus, et non un ensemble de matériels, de méthodes ou de techniques pédagogiques. Il constitue un effort de création par les parents, le personnel et les élèves d'un sentiment de solidarité et d'orientation. Comer compare l'influence de l'école sur le développement de l'enfant à celle de la famille. "Leur influence ne vient pas des compétences particulières qu'elles transmettent seules, mais de leurs valeurs, de leur climat, de la qualité des relations." Ce programme accorde une importance manifeste au processus et au climat et constitue un bon exemple d'adoption d'une perspective écologique.

## IV ENFANTS DU CYCLE PRIMAIRE

Les résultats du programme révèlent que son influence est tout à fait remarquable dans certains domaines. En 1969, les élèves de la première école "ciblée" avaient un retard de 18 ou 19 mois en lecture et en mathématiques par rapport à leur année d'étude, et présentaient de graves difficultés au plan du comportement et de l'assiduité. Depuis 1976, cette école figure parmi les cinq premières de la ville en ce qui a trait à l'assiduité et "n'a pas eu un seul problème grave de comportement en dix ans". En 1979, en lecture et en mathématiques, les élèves avaient un rendement correspondant assez bien à leur année d'étude.

Cette école se situe parmi les meilleures de la ville en ce qui a trait à l'assiduité du personnel et à la faible rotation des effectifs. Les parents participent aux activités de façon responsable et enthousiaste. La participation aux activités scolaires s'est améliorée considérablement (p. ex., en 1969, une quinzaine de parents avaient participé au programme mis sur pied pour les fêtes de Noel; au cours des sept dernières années, on comptait entre 250 et 300 parents qui y participaient).

Cauce, Comer et Schwartz (1987) ont récemment publié une étude de suivi sur trois ans, dans laquelle ils comparent 24 élèves de septième ayant fréquenté l'école primaire où le programme de prévention avait été implanté, et 24 élèves appariés selon le sexe et l'âge ayant fréquenté une autre école primaire locale dans la même région de recensement. Les résultats indiquent des différences significatives sur tous les aspects du Iowa Test of Basic Skills. Les élèves du groupe de prévention ont eu un rendement égal ou supérieur à leur année d'étude dans toutes les matières scolaires. Leurs notes étaient moins constantes : ils avaient des notes beaucoup plus élevées en mathématiques, et une note générale moyenne, mais il n'y avait que des différences peu importantes en anglais. Les mesures d'évaluation de la confiance en soi ont indiqué des différences importantes et significatives au plan de la compétence scolaire et de la compétence générale ou de l'estime de soi.

De façon générale, les résultats de ce projet sont très encourageants. Les effets prouvés obtenus dans les écoles participantes et lors du suivi après trois ans indiquent que le programme est très efficace. Au-delà de ces résultats propres aux enfants, les résultats les plus importants sont peut-être les suivants : 1) durabilité : le programme existe depuis 20 ans; 2) reproductibilité : le programme a été reproduit avec succès dans au moins un autre conseil scolaire d'un autre territoire.

Puisque Comer a participé activement à la mise en oeuvre du deuxième programme, le modèle doit être reproduit en dehors de sa direction personnelle. En outre, lors de l'étude de suivi trois ans après, l'absence de différences significatives dans la perception de la compétence sociale est expliquée par Cauce et al. (1987) comme étant prévue, "étant donné que le programme de prévention était axé sur la modification du cadre social de l'école, et non sur l'acquisition d'aptitudes sociales par les élèves". La raison pour laquelle le fait de modifier le cadre social ne permettrait pas d'améliorer la perception des relations sociales n'est pas évidente. Mais il y a bien d'autres programmes qui n'ont pas réussi à modifier la perception par les élèves ou par leurs pairs de leurs aptitudes sociales. C'est là un défi important que devront relever les programmes ultérieurs. Les résultats positifs signalés dans plusieurs études qui intègrent en classe les méthodes d'apprentissage interdépendant, notamment le recours à l'aide des pairs et les techniques de casse-tête (voir Durlak, 1985), méritent d'être reproduits et élargis.

## B. THÈMES COMMUNS

### 1. FORMATION AFFECTIVE

**a.** Il y a un grand nombre de programmes de formation affective dans les écoles primaires de l'Ontario, et ces programmes intéressent de plus en plus les enseignants et les conseils scolaires.

**b.** Il y a peu de données bien contrôlées qui indiquent que ces programmes influent sur le développement psychosocial ou la prévention des problèmes de santé mentale.

### 2. FORMATION À LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES INTERPERSONNELS ET COGNITIFS

**a.** Les enfants qui participent à ces programmes sont davantage en mesure d'appliquer ces techniques dans des situations diverses.

**b.** Il n'y a pas de données constantes indiquant que l'amélioration des techniques de résolution de problèmes interpersonnels et cognitifs permet d'accroître les compétences psychosociales.

**c.** Il y a peu de données qui indiquent que ces programmes permettent de prévenir efficacement les problèmes de santé mentale.

## 3. PROGRAMMES D'ACQUISITION D'APTITUDES

Ces programmes, par exemple les programmes d'adaptation au stress, de formation à la confiance en soi et les programmes axés sur les arts et les sports à l'école présentent les caractéristiques suivantes :

**a.** Ils font surtout appel aux enfants plus âgés (de quatrième, cinquième et sixième).

**b.** Leurs effets durables sur les compétences psychosociales ou la prévention à long terme des problèmes de santé mentale n'ont pas encore été mis en évidence.

## 4. PROGRAMMES ÉCOLOGIQUES À L'ÉCOLE

**a.** Ces programmes sont plus durables et efficaces que les programmes axés sur l'enfant qui visent la formation affective, la résolution de problèmes interpersonnels et l'acquisition d'aptitudes. Ils nécessitent une analyse écologique des caractéristiques de la classe, de l'école et du milieu dans lequel le programme est dispensé.

**b.** Ils ont permis d'améliorer le climat général de l'école, notamment le moral des enseignants, la participation des parents et le comportement des élèves.

**c.** Ils ont permis aux élèves d'améliorer leur rendement scolaire en lecture et en mathématiques.

**d.** Ils ont permis aux élèves d'améliorer leur perception de leurs compétences scolaires et de leur estime d'eux-mêmes.

**e.** Ils ont montré des possibilités limitées de généralisation.

## C. LIMITES DE LA RECHERCHE

### 1. LES TRAVAUX DE RECHERCHE SONT RARES

La recherche sur la prévention primaire pour les enfants du cycle primaire fait l'objet d'un problème particulièrement aigu. Le secteur de la santé mentale des enfants s'est surtout intéressé aux activités de traitement curatif, et les éducateurs scolaires ont mis l'accent sur le développement cognitif et le rendement scolaire. Mais les deux disciplines reconnaissent de plus en plus l'importance primordiale de comprendre et favoriser le développement optimal des enfants au plan social, affectif, cognitif et physique.

### 2. LES ACTIVITÉS PEUVENT ÊTRE TRÈS NOMBREUSES

Étant donné l'importance que le ministère de l'Éducation accorde au développement socio-affectif des enfants dans le cadre d'une approche "holistique" de l'éducation, les enseignants du cycle primaire peuvent réaliser en classe un grand nombre d'activités psychosociales. Mais ces activités n'ont pas été bien documentées et leurs effets sur le développement socio-affectif des enfants ou sur la prévention des problèmes de santé mentale n'ont pas encore été mis en évidence.

### 3. MANQUE D'INTÉGRATION DES APPROCHES AXÉES SUR L'ENFANT ET DES APPROCHES AXÉES SUR LES SYSTÈMES

À ce jour, les programmes de prévention ont recours à l'une ou l'autre de ces deux approches, les approches axées sur l'enfant étant les plus fréquemment utilisées. Les discussions à ce sujet sont souvent interprétées comme un débat entre deux camps opposés. Ces deux approches semblent cependant tout à fait compatibles entre elles, et pourraient être intégrées à un programme donné.

### 4. PERSPECTIVES LIMITÉES

La plupart des projets ont une perspective limitée, tant au plan des objectifs du programme que de sa durée (p. ex., dans bien des programmes, on vise une plus grande empathie, la formation à la résolution de problèmes interpersonnels, l'adaptation au stress ou l'acquisition d'aptitudes sociales en 10 ou 15 rencontres de groupe qui durent 20 ou 30 minutes chacune). La plupart de ces programmes ne se sont pas intégrés au programme général ou aux activités ordinaires de la classe, et ne fournissent donc pas des occasions appropriées d'appliquer et de généraliser leurs activités. On peut se demander si des programmes d'acquisition d'aptitudes dans des perspectives étroites peuvent favoriser le développement psychosocial ou réduire l'incidence des difficultés affectives et comportementales graves à long terme chez les enfants à risques élevés.

## D. CARACTÉRISTIQUES DES PROGRAMMES EFFICACES

### 1. OPTIMISATION DU CADRE SCOLAIRE

Malgré le travail peu abondant réalisé dans ce domaine, des résultats remarquables ont été obtenus par Comer et ses collègues. À partir d'une approche écologique permettant d'améliorer le climat général des écoles primaires dans une région très défavorisée, Comer indique que le programme scolaire idéal devrait comporter une composante axée sur le cadre scolaire. Il considère que l'équipe de gestion et de planification de l'école est celle qui apporte la contribution la plus indispensable à l'amélioration du climat général. Au sein de cette équipe, des parents, des enseignants, des aide-enseignants et des spécialistes de la santé mentale cherchent à résoudre avec la direction de l'école toutes les questions qui concernent l'enfant et l'école. Cette approche présente de grandes possibilités pour améliorer l'efficacité des initiatives de prévention à l'école.

## 2. OPTIMISATION DU CLIMAT EN CLASSE

Outre cette composante axée sur l'enfant visant l'acquisition de compétences, que nous venons de décrire, le programme idéal à l'école doit intégrer des activités particulières susceptibles de créer en classe un climat favorisant l'interaction entre les élèves et leur fournissant de nombreuses possibilités d'appliquer les aptitudes psychosociales présentées dans le programme. On peut ainsi recourir à des activités d'apprentissage interactif comme l'aide des pairs, les techniques de casse-tête, divers jeux pour favoriser les interactions personnelles, et des centres d'apprentissage permettant aux élèves de s'exercer à la prise de décisions. Le cadre aménagé en classe doit permettre à l'enseignant de jouer un rôle de catalyseur du développement personnel, social et cognitif des enfants, plutôt que de simple pourvoyeur d'information.

## 3. AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES

Le programme idéal de prévention primaire pour les enfants du cycle primaire doit avoir ses assises dans les écoles locales et comporter des activités d'apprentissage systématique en classe et à l'extérieur. Ces expériences d'apprentissage doivent être conçues de façon à favoriser activement le développement des compétences sociales, le sentiment de bien-être, la sécurité et la confiance en soi, le respect de soi et d'autrui et le sens de la solidarité. Ces aptitudes et ces attitudes, qui sont des caractéristiques importantes de la santé mentale (Report of the National Mental Health Association Commission on the Prevention of Mental-Emotional Disorders, 1987), sont aussi les objectifs principaux de l'éducation à l'école primaire (de la maternelle à la troisième année, selon le ministère de l'Éducation de l'Ontario, 1985). Cette convergence de vues entre le ministère des Services sociaux et communautaires et le ministère de l'Éducation fournit un excellent point de départ pour promouvoir les efforts de collaboration dans l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes de prévention primaire à l'école.

Des documents d'appui et du matériel d'apprentissage ont été préparés pour servir au cycle primaire à l'acquisition par les enfants d'aptitudes variées : relations interpersonnelles, résolution de problèmes, empathie, image de soi, communication et adaptation au stress. Ce matériel ne peut cependant être pleinement efficace que s'il est intégré au programme ordinaire de l'école, plutôt que d'être utilisé de façon isolée ou comme s'il s'agissait de "recettes". Il importe également d'assurer une formation et une supervision continues aux enseignants au fur et à mesure qu'ils intègrent ces activités de promotion de la santé mentale aux expériences des enfants.

## 4. INTÉGRATION CONTINUE EN DEHORS DES ACTIVITÉS SCOLAIRES

En vue de favoriser la continuité dans la vie quotidienne des enfants, le programme idéal doit présenter systématiquement une gamme variée d'expériences et d'activités en dehors des heures scolaires habituelles (p. ex., supervision, jeux et repos, avec petit déjeuner nutritif, avant les heures de classe; après les heures de classe et au cours de l'été, programmes permettant aux enfants d'améliorer leurs compétences sociales, physiques et artistiques). Ces activités ne doivent pas être isolées des autres activités en classe. En outre, un programme de garde d'une demi-journée en prématernelle et d'une journée complète en maternelle pourrait être offert à l'école ou à proximité, s'intégrant ainsi aux autres activités quotidiennes des enfants.

## 5. PARTICIPATION DES FAMILLES À LA VIE DE L'ÉCOLE

Bien des gens considèrent cette composante comme indispensable au succès d'un programme visant à améliorer le développement psychosocial ou intellectuel des enfants. Mais il y a peu d'exemples concrets qui montrent comment les parents et les autres membres de la famille peuvent s'intégrer harmonieusement à un programme de prévention à l'école. Il n'y a pas vraiment eu de tentatives et d'échecs, et la plupart des programmes de prévention primaire pour les enfants du cycle primaire cherchent avant tout à

faire acquérir aux enfants certaines aptitudes psychosociales, et aucun programme n'accorde de l'importance à la participation des parents, ou ne cherche à répondre directement aux problèmes de la famille touchant par exemple le soutien social aux parents, l'éducation des parents, les conflits familiaux ou le développement personnel des parents. À nouveau, ce manque de participation des familles contraste vivement par rapport au grand nombre de programmes de prévention qui existent pour les enfants en bas âge et les enfants d'âge préscolaire.

À la lumière des résultats positifs du projet Comer, le programme idéal de prévention à l'école doit compter sur la participation active des parents à toutes les étapes de son élaboration et de sa mise en oeuvre, et chercher à intégrer des activités permettant de sensibiliser davantage les parents au développement de l'enfant, tout en tenant compte des besoins de la famille. Cette perspective pourrait amener à la création d'un centre familial qui serait situé à l'école et où l'on organiserait ou coordonnerait des activités, dans la journée ou le soir, à l'intention des parents et des fournisseurs de services (p. ex., classe de formation des parents, groupe d'entraide pour les mères ou les pères célibataires et les parents divorcés, activités auxquelles peuvent participer les mamans avec leurs enfants en bas âge, événements familiaux).

L'importance de la participation active des parents à tous les aspects de l'éducation des enfants est bien mise en évidence dans le document Étude sur les premières années du cycle primaire, publié par le ministère de l'Éducation de l'Ontario (1985). La participation des parents peut être particulièrement précieuse pour établir des liens de collaboration entre les organismes de santé mentale, d'éducation et les autres organismes communautaires pour mettre sur pied un programme de prévention à l'école.

## E. ORIENTATIONS FUTURES DE LA RECHERCHE

### 1. INTÉGRATION DES COMPOSANTES AXÉES SUR L'ENFANT ET DES COMPOSANTES AXÉES SUR LES SYSTÈMES

Le moment est venu de mettre en oeuvre des programmes de prévention primaire susceptibles d'améliorer le cadre de vie des enfants à l'école et en classe, comportant des activités axées sur l'enfant et visant l'acquisition de compétences dans un programme à long terme bien intégré à la vie de la famille et du milieu.

### 2. UNE PLUS GRANDE IMPORTANCE ACCORDÉE AUX SYSTÈMES

Une plus grande importance doit être accordée aux systèmes dans l'élaboration de programmes de prévention primaire pour ce groupe d'âge. Le programme Comer peut servir de modèle, car il intègre des méthodes et des activités particulières qui favorisent la participation de l'école, du milieu et de la famille.

### 3. COLLABORATION ENTRE LES ÉCOLES ET LE MILIEU

Le moment est venu d'établir des liens plus étroits de collaboration entre le système scolaire, les services sociaux, les organismes de santé mentale et les groupes communautaires, dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de prévention primaire à l'intention des enfants du cycle primaire. L'importance de cette collaboration a été soulignée dans des documents récents publiés par le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et communautaires. Le moment est venu de promouvoir activement cette collaboration à l'échelon local par le biais de programmes de prévention primaire au cycle primaire.

## 4. ÉVALUATION DES EFFETS DES PROGRAMMES SUR LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Il importe de déterminer avec soin si les programmes de prévention à l'école permettent réellement de réduire l'incidence des difficultés affectives et comportementales graves à long terme chez les enfants. Jusqu'ici, on s'est surtout intéressé au développement cognitif et au rendement scolaire, ou aux mesures générales d'adaptation comme les rapports avec les pairs ou le comportement en classe. Il y a lieu de supposer que ces comportements et ces compétences sont des mécanismes de médiation importants qui permettent de réduire par la suite les problèmes de santé mentale. Il faut aussi accorder plus de temps et d'attention à l'évaluation de la prévention des difficultés affectives et comportementales.

## V. LIMITES DE LA RECHERCHE ACTUELLE EN PRÉVENTION PRIMAIRE

Si les travaux de recherche sur les programmes de prévention à l'intention des enfants sont très nombreux, ils présentent dans l'ensemble un certain nombre de limites. Les projets expérimentaux ultérieurs de recherche peuvent apporter une grande contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine. De façon générale, le Groupe de consultation technique a constaté que pour tous les programmes et tous les groupes d'âge, les questions suivantes restent sans réponse.

### A. DANS QUELLE MESURE LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE PERMETTENT RÉELLEMENT DE PRÉVENIR LES TROUBLES AFFECTIFS ET COMPORTEMENTAUX CHEZ LES ENFANTS?

La plupart des travaux de recherche proviennent d'autres domaines, notamment l'éducation et la santé, qui s'intéressent avant tout à la santé physique et au développement cognitif, et non aux résultats psychosociaux ou des services sociaux. En ce qui concerne les programmes pour les enfants en bas âge et ceux d'âge préscolaire, les résultats positifs pour les enfants semblent très prometteurs, mais il y a encore trop peu d'études qui indiquent sans équivoque que ces programmes préviennent les difficultés affectives et comportementales.

### B. QUELLE EST L'IMPORTANCE DES EFFETS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE?

Il existe un grand nombre d'évaluations des programmes à l'intention des enfants en bas âge et des enfants d'âge préscolaire, mais il y a trop peu d'études de ce genre qui établissent clairement l'importance relative des résultats escomptés, surtout en ce qui touche les effets à long terme. En d'autres termes, les enfants qui participent aux programmes de prévention ont-ils clairement démontré qu'ils en retirent des effets significatifs par rapport aux enfants qui n'ont pas cette possibilité?

## C. QUELS SONT LES MÉCANISMES À L'ORIGINE DE CES RÉSULTATS?

Les résultats positifs obtenus viennent-ils de ce que l'on a fait passer l'ensemble des groupes expérimentaux à un niveau fonctionnel supérieur, ou de ce que l'on a fait passer les personnes présentant les risques les plus élevés au sein de ces groupes à un niveau fonctionnel supérieur? Quels changements la moyenne du groupe mesure-t-elle?

## D. QUELS SONT LES EFFETS DES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DES PROGRAMMES?

Que pourrait-on apprendre, si les programmes visaient des résultats complets axés sur l'enfant et le milieu? Par exemple, les programmes pour les enfants en bas âge sont souvent axés sur le développement physique, et les programmes préscolaires sur le développement cognitif; mais il y a peu d'études qui s'intéressent à la fois à tous les résultats sur le plan physique, le plan cognitif, le plan affectif, le plan social, le plan parental, le milieu et le secteur des services.

## E. UN PROGRAMME À PLUS LONG TERME DONNE-T-IL DES RÉSULTATS PLUS IMPORTANTS, PLUS STABLES OU À PLUS LONG TERME?

S'il y a une certaine confirmation des résultats positifs à long terme possibles, on ne sait pas cependant si un programme de plus longue durée donnerait des résultats plus importants. La plupart des programmes ont une durée limitée à un ou deux ans. Pourtant, ceux qui dispensent les programmes s'entendent pour affirmer que les programmes à court terme ne sont pas suffisants pour protéger les enfants des milieux démunis. L'une des prochaines étapes importantes est d'évaluer les programmes d'une durée de quatre ou cinq ans, pour voir si leurs effets sont plus importants ou plus durables.

## F. QUELS SONT LES EFFETS COMPLETS À LONG TERME DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION?

Il existe très peu de travaux de recherche sur les effets à long terme des programmes de prévention primaire au plan psychosocial et des services sociaux, et les études longitudinales qui existent sont souvent déficientes par suite d'une perspective étroite ou de la taille restreinte de l'échantillon. Ces travaux laissent souvent de côté les effets importants sur l'environnement (p. ex., sur la famille, le milieu) et sur le programme (p. ex., visites à domicile, participation de la famille). En outre, les travaux de recherche en prévention s'intéressent rarement aux résultats des services.

## G. LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE SONT-ILS RENTABLES?

Les analyses sur les coûts, les économies, la rentabilité ou les coûts et avantages sont limitées, en ce sens que la plupart sont des analyses rétrospectives (qui sont faites après, parfois même des années après que les enfants ont quitté le programme). Mais les analyses sur les coûts des programmes de prévention sont prometteuses. La façon d'améliorer les connaissances à ce sujet est de réaliser ces analyses en cours de programme. Il est alors plus facile de garantir plus sûrement les coûts comparatifs avec d'autres programmes, les économies à long terme et les avantages pour les enfants, leur famille et le milieu.

## H. QUELS SONT LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LES FACTEURS DE RISQUE ET LES FACTEURS DE PROTECTION, ET QUELS SONT LEURS EFFETS SUR LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET COMPORTEMENTAL?

Il est établi dans la documentation que les facteurs de risque interagissent entre eux, et que s'il est utile de réduire un facteur de risque, il est encore plus souhaitable d'en réduire plusieurs. Il est également établi que les facteurs de risque et les facteurs de protection varient selon les milieux, les familles et les enfants. Les travaux de recherche en prévention primaire doivent établir avec soin les facteurs de risque et les facteurs de protection à chaque niveau et analyser leurs interactions.

## VI. DIRECTIVES CONCERNANT LA PARTICIPATION DU MILIEU

Le sous-groupe Participation du milieu, du Groupe de consultation technique, a largement exploré la documentation pour déterminer les stratégies associées aux programmes de prévention efficaces. Mais comme un grand nombre de ces programmes ne sont pas traités dans la documentation officielle, il a également dû s'intéresser aux programmes de prévention qui existent actuellement en Ontario et ailleurs pour étudier leurs expériences en matière de participation du milieu. Des interviews ont été réalisées auprès de 18 responsables de programmes communautaires.

Un certain nombre de thèmes se dégagent concernant l'importance de la participation du milieu pour le succès des programmes de prévention primaire. Ils renseignent sur les valeurs et les directives opérationnelles implicites associées aux programmes de prévention primaire efficaces. Ces thèmes donnent une perspective holistique sur les raisons du succès de ces programmes, en plus de fournir un cadre permettant d'apporter des réponses complètes aux situations communautaires complexes.

Mais avant d'aborder ces thèmes, il importe de définir ce qu'il faut entendre par "milieu" et par "participation du milieu", et de préciser la terminologie appropriée aux programmes communautaires de prévention primaire.

### A. DÉFINITIONS ET TERMINOLOGIE

#### 1. DÉFINITION DU "MILIEU"

Dans l'application de ces directives, en ce qui a trait à la définition du terme "milieu", il importe d'accepter les interprétations locales qui peuvent être faites par les gens de leur "milieu". Si le gouvernement provincial, les organismes, les établissements et les programmes de prévention peuvent "cibler" des milieux en fonction de certaines caractéristiques, comme par exemple l'infériorité économique, ce n'est là qu'un indicateur parmi d'autres. D'autres définitions particulières acceptables du milieu peuvent inclure des caractéristiques comme le fait de partager un même territoire ou un quartier, des intérêts communs (p. ex., fréquentation de l'école primaire, diversité technique), ou des besoins (p. ex., pauvreté). Les milieux qui désirent participer aux projets expérimentaux de recherche en prévention

primaire peuvent être tenus de respecter les critères de risque retenus par le bailleur de fonds, p. ex. l'infériorité économique. Mais ils doivent aussi être incités à présenter leur propre définition des caractéristiques qui constituent à leurs yeux le "milieu".

## 2. NATURE DE LA "PARTICIPATION DU MILIEU"

La nature et le degré de participation et de pouvoir décisionnel du milieu local dans tous les aspects d'un programme de prévention constituent un sujet critique. Les diverses options qui s'offrent à la participation du milieu sont les suivantes :

- rôle de consultation auprès des décideurs;
- participation à l'élaboration, à la mise en oeuvre et à l'évaluation;
- rôle de décision et de contrôle.

Le sous-groupe est d'avis que chacune des deux dernières options présente des possibilités de participation significative du milieu. Le choix des options dépend des situations locales. La première option a été écartée en raison de son caractère limitatif. En ce qui a trait aux deux autres options, quelle que soit la formule retenue, il est important qu'elle donne au milieu des responsabilités essentielles dans la prise de décisions touchant l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes communautaires de prévention primaire.

Cette optique permet d'utiliser au maximum les ressources communautaires existantes, de promouvoir la coordination des services et de favoriser la prise en charge du programme au nom de l'ensemble de la collectivité. Lorsque les gens du milieu s'organisent ensemble pour définir et résoudre leurs problèmes et atteindre des objectifs communs, il en résulte une amélioration significative des conditions sociales du milieu et de la qualité de vie des résidents (Wandersman, 1986). Ces avantages l'emportent sur les inquiétudes qui peuvent être exprimées concernant les heures additionnelles à consacrer à l'orientation, à la formation et au soutien des participants du milieu dans leur rôle décisionnel, ou la tension qui peut découler de la

modification des rôles traditionnels des spécialistes et des participants du milieu.

La formation de la collectivité est nécessaire pour qu'elle puisse donner son soutien aux programmes communautaires de prévention primaire. Rothman a proposé un certain nombre de modèles de développement communautaire (Rothman, 1968), notamment le développement de la localité, qui canalise les capacités du milieu; la planification sociale, qui répond aux problèmes communautaires; et l'action sociale, qui favorise le changement social. Chacune de ces approches a recours à des stratégies et activités permettant au milieu d'évaluer ses besoins et aptitudes, d'analyser les options de changement et de mobiliser les ressources en son sein et en dehors du milieu. En raison de sa propre prise de conscience, le milieu lui-même devient une ressource de base. Il est essentiel que les résidents des milieux économiquement défavorisés acquièrent les techniques de résolution de problèmes qui peuvent être appliquées dans une gamme variée de situations. Il faut prévoir pour le personnel du temps réservé au développement communautaire.

## 3. TERMINOLOGIE

Les programmes communautaires de prévention primaire n'échappent pas à l'évolution inhérente à tous les milieux. Il n'est donc pas approprié de désigner ces programmes comme des "interventions", ou de désigner les participants comme des "clients", des "bénéficiaires" ou des "patients". Le Groupe de consultation technique préfère parler des programmes et des participants, plutôt que des interventions, des bénéficiaires ou des clients.

## B. THÈMES COMMUNS

Dans la revue de la documentation et les interviews sur les programmes ontariens, on a constaté une limite importante : la participation du milieu n'est pas souvent mise en valeur dans l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes étudiés. Rétrospectivement, un grand nombre de sources ont cependant indiqué que la participation du milieu est un élément important du succès des programmes. La revue de la documentation et des programmes ontariens a permis de dégager les éléments suivants qui favorisent la participation du milieu :

- Adopter une **optique ascendante** dans la planification et la mise en oeuvre des programmes, et intégrer les participants du milieu à la détermination des besoins et des objectifs.

- **Le contexte communautaire**, y compris les aspects culturels et les valeurs, doit être un élément important de la planification et de la mise en oeuvre des programmes.

- Les programmes doivent être **souples et adaptés** aux besoins du milieu.

- Des **cours d'animation sociale** sont essentiels pour que la participation du milieu soit significative et efficace.

- La **coordination des services** favorise l'ampleur, la continuité et l'efficacité des programmes.

- La **canalisation des talents et des ressources du milieu** contribue à l'édification d'un milieu sain.

- La permanence des gains à court terme est favorisée par les **changements qui se produisent dans l'environnement ou les établissements du milieu.**

- La **consolidation des réseaux sociaux** et l'isolement moins grand qui en résulte peuvent avoir des effets positifs vérifiables sur les personnes "à risque"

- Les **conclusions des travaux de recherche et des programmes en**

**prévention primaire doivent être traduites** dans les diverses langues que l'on retrouve dans les milieux où les programmes sont mis en oeuvre.

## C. DIRECTIVES

Notre revue de la documentation, les interviews réalisées et l'analyse de quelques programmes exemplaires ont permis de dégager quelques lignes directrices, qui sont présentées ci-après, accompagnées d'observations sur leurs incidences et de la justification de leur importance.

### 1. RÉPONDRE À CE QUE LES GENS DÉSIRENT POUR LEURS ENFANTS, en comprenant bien les conditions de vie des familles et du milieu.

À cette fin, le personnel responsable du programme doit bien connaître la façon dont les gens d'un milieu donné définissent leurs besoins et objectifs et établissent leurs priorités en ce qui a trait à leurs enfants. Cela indique que les résidents du milieu doivent pouvoir reconnaître et exprimer leurs préférences. Ils doivent être aidés pour exprimer leurs besoins concernant l'éducation de leurs enfants selon leur propre style de vie et le contexte de leur milieu (Fried, 1980; Offord et Jones, 1983; Minister's Advisory Group on Health Promotion, 1987).

Il en découle qu'il faut adopter une approche ascendante pour la planification des programmes, car leur mise en oeuvre fructueuse ne dépend pas seulement des connaissances et de la compétence des spécialistes, mais aussi de la sagesse du milieu (McKnight, 1977). Les planificateurs des programmes de prévention ne peuvent décider eux-mêmes des types de services qui répondent le mieux aux besoins du milieu.

À l'étape de la planification des programmes, les participants visés doivent d'abord déterminer leurs besoins et leurs objectifs. Cette étape a été qualifiée d'essentielle au succès dans 17 des 18 programmes communautaires passés en revue en Ontario et aux États-Unis. Un grand nombre de directeurs de programmes considèrent que c'est là **l'élément essentiel** du succès des programmes

de prévention primaire. L'un des aspects importants de ce processus consiste à chercher à s'entendre sur les possibilités optimales du milieu, plutôt qu'à éviter les problèmes (Offord et Jones, 1983).

Les milieux défavorisés déterminent souvent des objectifs et des besoins immédiats et à court terme qui ne sont peut-être pas compatibles avec les valeurs de la classe moyenne (Iscoe, 1974), mais auxquels il faut cependant répondre. Cette donnée de base, que l'on retrouve dans tous les programmes passés en revue, indique que les promoteurs d'un programme doivent tenir compte des valeurs et des besoins du milieu pour le succès du programme.

Selon son degré d'organisation, le milieu arrivera plus ou moins bien à exprimer ses objectifs et ses besoins. Certaines personnes ont la confiance et la compétence nécessaires pour communiquer avec un organisme privé ou public et lui faire connaître la nature des services souhaités. D'autres ont davantage besoin de soutien dans ce domaine. Dans certains milieux, il faudra donc peut-être assurer une formation et un soutien aux membres du comité responsable pendant quelque temps.

Notre revue de la documentation et des programmes montre que la planification d'un programme expressément adapté à un milieu en collaboration avec ce milieu présente deux avantages notoires :

- le programme est alors **plus efficace**, car il offre des services dont le milieu a besoin pour son bien-être (Hodgson, 1984);

- il est également **plus valable**, car il assure des services que le milieu considère souhaitables et qui sont plus susceptibles d'être utilisés.

## 2. ADOPTER UNE PERSPECTIVE ÉCOLOGIQUE, en considérant l'enfant dans son contexte familial, et la famille dans le contexte de son réseau social et de son milieu.

Dans cette perspective, le réseau social de l'enfant est défini comme étant le milieu personnel de l'enfant. Il comprend tous ceux qui ont de l'importance dans la vie de l'enfant : ses parents, les proches parents, les tiers qui lui assurent des soins, les amis, les voisins, les enseignants, les médecins et spécialistes, les membres du clergé, etc. En plus du réseau social de l'enfant, il y a le réseau social de la famille, qui comprend souvent les collègues de travail des parents. Dans les milieux plus importants, il y a aussi les organismes et établissements qui exercent une influence sur les enfants, leur famille et les réseaux sociaux de leur famille (Bronfenbrenner, 1979; Gottlieb, 1984).

Dans tous les 18 programmes communautaires passés en revue, les objectifs établis témoignent d'une attention particulière apportée à l'enfant et à sa famille, au développement d'un réseau social efficace, ainsi qu'à la compatibilité et aux interactions avec le milieu en général. La documentation et les programmes passés en revue montrent que la perspective écologique adoptée dans les programmes communautaires de prévention primaire entraîne quatre conséquences :

### a. Sensibilité au contexte social, surtout dans les milieux ruraux et ethnoculturels

Les relations familiales et les réseaux sociaux ne sont pas les mêmes dans les milieux ruraux et urbains, ou parmi les populations qui ont une origine ethnique et un patrimoine culturel différents. Il s'ensuit que les valeurs et les habitudes ne sont pas les mêmes selon les familles, ce qui nécessite des programmes de prévention fondés sur des perspectives écologiques particulières.

Voici deux exemples de sensibilité particulière aux différences culturelles : 1) La section ontarienne de l'Association canadienne de la santé mentale a fait faire par un Franco-Ontarien une nouvelle rédaction de son programme de formation des parents pour tenir compte du système de valeurs différent des familles francophones de l'Ontario; 2) un animateur social autochtone a adapté aux parents autochtones le matériel de formation Systematic Training in Effective Parenting (STEP), largement répandu.

**b. Un large éventail de programmes**

Lorsque l'on considère l'enfant dans son contexte familial, et la famille dans son contexte social et son milieu, il est alors possible d'élaborer un large éventail de programmes. Ces programmes doivent avoir des composantes multiples permettant de répondre aux besoins de l'enfant dans son contexte familial et dans le contexte social de sa famille. Par opposition à ces programmes, les programmes unidimensionnels sont exclusivement axés sur l'enfant ou sur l'enfant et ses parents, et ne tiennent aucun compte de sa famille ou de son réseau social. Selon une étude de la Greenway-Chaplin Neighbourhood Association, les résidents qui ont participé à plus d'une composante ont accru leur confiance en eux-mêmes et réduit leurs troubles affectifs, par rapport à ceux qui n'avaient participé qu'à une composante du programme.

Dans plusieurs cas, on n'a pas tenu compte des valeurs du milieu en général lors de la mise sur pied d'un programme de prévention primaire. En raison de cette omission, les programmes n'étaient pas efficaces et les directeurs de ces programmes ont souvent été obligés de redéfinir leurs rapports avec les participants à la lumière des valeurs et des forces historiques et culturelles du milieu.

### c. Interaction entre les divers système du milieu en général

Dans une perspective écologique, il faut prêter attention aux interactions entre la famille et son réseau social, mais aussi entre la famille et les divers systèmes du milieu, qui comprennent les groupes du voisinage, les organismes, les services publics locaux, les établissements de santé et d'éducation, les entreprises et les autres ressources communautaires. Les réseaux officiels et les autres ressources doivent être intégrés aux programmes communautaires de prévention primaire

### d. Accessibilité à tous

L'accès universel à un programme de prévention est très important pour favoriser une large participation du milieu et le sentiment d'appartenance. Même dans les milieux dont les besoins sont pressants, et où on retrouve de nombreux facteurs de risque psychosociaux dans les familles d'un grand nombre d'enfants, ce n'est pas tout le monde qui est pauvre, défavorisé ou à risque. Pour être conformes à l'optique écologique, les programmes de prévention primaire doivent être accessibles à tous les gens du milieu, qu'ils soient pauvres ou non. Cela permet de réduire la stigmatisation souvent associée aux programmes visant exclusivement les populations "à risques élevés". S'ils ne peuvent s'inscrire à un programme sans être considérés comme défavorisés, bien des gens refuseront de le faire plutôt que de subir cette stigmatisation.

### 3. RECONNAÎTRE ET EXPLOITER LES POINTS FORTS des enfants, des familles et du milieu.

Les programmes de prévention primaire doivent reconnaître et exploiter les points forts, les compétences et les aptitudes à l'adaptation des gens du milieu. Les coordonnateurs des programmes ontariens soulignent la nécessité de considérer le milieu, l'enfant et sa famille dans la perspective de leurs points forts et de leurs atouts. Ils font observer que tous les participants ont des niveaux d'aptitudes différents, quelles que soient leurs limites financières ou d'ordre affectif, et qu'ils peuvent apporter une contribution précieuse à un programme en partageant avec les autres leurs connaissances et leurs compétences. Par exemple, dans certains programmes, les participants sont invités à montrer à d'autres comment faire la cuisine ou assurer des services de garde de qualité, ou à donner des cours d'alphabétisation, de couture, d'entretien domestique, etc. Le renforcement des points forts de l'enfant, de sa famille et du milieu est un élément indispensable dans un programme de prévention primaire. L'apprentissage et le développement sont facilités par le recours aux pairs et aux personnes du milieu qui en comprennent les valeurs et les besoins. L'exploitation des talents de tous en fait surgir de nouveaux.

On trouve un bon exemple de cette perspective dans le programme Galt Helping Network Project, en Californie (Pilsuk, Parks, Kelly et Turner, 1982). Ce milieu comprenait une population importante d'Américains d'origine mexicaine n'ayant que quelques leaders reconnus, aucun organisme propre et qui n'avait pas recours au projet Galt. Avec l'aide de trois organismes locaux, un festival mexicain a été organisé avec beaucoup de succès. Aujourd'hui, ce festival est célébré tous les ans lors d'un congé férié décrété par la ville, et son organisation relève d'un groupe autonome latino-américain. Les bénéfices réalisés sont consacrés à une bourse d'étude. En mettant à profit les talents de la population latino-américaine du milieu, toute la collectivité en a profité et elle est aujourd'hui mieux organisée et davantage solidaire.

Lorsque les directeurs des programmes reconnaissent et mettent en valeur les points forts du milieu, les participants apprennent aussi à reconnaître et apprécier leurs propres talents et atouts, à développer les talents de leurs enfants et à accorder beaucoup d'importance à leurs rapports avec les membres de leur famille et leurs amis (Unger et Wandersman, 1983). L'exploitation des points forts est une perspective et une attitude propices au développement d'un milieu sain (Puska, Salonen et Nissinen, 1983).

## 4. PROMOUVOIR LE SENS COMMUNAUTAIRE en favorisant l'aide mutuelle et la participation à la vie des organismes et du milieu.

Les programmes de prévention primaire doivent permettre aux participants de réduire leur isolement social, d'élargir leurs réseaux de soutien, d'accroître leur confiance en leur aptitude à trouver l'aide dont ils ont besoin, de mieux connaître les sources éventuelles de soutien en dehors de leur réseau personnel et de promouvoir les échanges entre les réseaux dans le milieu (Gottlieb, 1987; Labonte, 1987). La réduction de l'isolement social est l'un des objectifs visés par tous les programmes passés en revue, qui montrent bien les rapports qui existent entre la pauvreté, l'isolement social, les troubles de santé et les difficultés sociales. La documentation abondante qui existe sur le soutien social montre de façon convaincante que les personnes qui ne profitent pas d'un réseau social de soutien sont significativement défavorisées en ce qui concerne la santé, le moral et l'estime d'elles-mêmes (Cohen et Syme, 1985; Cohen et Wills, 1985; Gottlieb, 1985; Sarason et Sarason, 1985).

Elles ne peuvent obtenir le soutien nécessaire si elles n'ont pas la confiance suffisante pour le demander et si le soutien ne correspond pas à la perception qu'elles ont de leurs besoins personnels et familiaux. L'une des façons de surmonter cette difficulté est de leur fournir des possibilités d'échange de soutien avec des pairs qui partagent des valeurs semblables et des objectifs communs pour eux-mêmes et leurs enfants. Bref, l'intégration au programme d'un réseau d'aide mutuelle et la présence de résidents du milieu permettent d'offrir un soutien conforme aux caractéristiques culturelles et aux besoins familiaux du milieu.

Il est intéressant de souligner que ce soutien peut être apporté par divers modes de participation sociale. Comme le souligne Gottlieb (1988), ce soutien peut venir de la participation à deux organismes bénévoles, par exemple une association de quartier et une association de parents-enseignants, ou découler directement de la participation à des activités d'aide mutuelle, par exemple dans des groupes de soutien aux parents ou des réseaux d'aide individuelle par des pairs. En multipliant les possibilités et les mécanismes favorisant les réseaux de soutien, il est plus facile de compter sur la participation de personnes ayant des aptitudes et des approches différentes.

### 5. PROMOUVOIR LA PRISE EN CHARGE PERSONNELLE par des procédés communautaires favorisant la compétence, le contrôle et la participation.

Cela veut dire inciter et aider les participants à trouver les moyens et les ressources nécessaires pour améliorer leur vie en faisant appel à leurs propres ressources et énergies personnelles et collectives (Fried, 1980; McKnight, 1985; ministère des Services sociaux et communautaires, 1988). Ils pourront ainsi prendre en main leur propre vie (Fried, 1980), répondre à leurs problèmes et aspirations propres et accomplir les démarches nécessaires pour réaliser leurs aspirations et contribuer à l'épanouissement des autres (Fried, 1980).

Dans cette perspective, le programme de prévention primaire est axé sur la détermination et la canalisation des ressources, leur répartition équitable et leur investissement judicieux. Le point capital de ce processus est de faire en sorte que le milieu assume le contrôle de ses efforts et de sa destinée (Santé et Bien-être Canada, 1986). Les participants tirent ainsi une juste fierté de leurs réalisations, des services et des programmes, et ils ne peuvent attribuer à des spécialistes de l'extérieur la responsabilité du changement. Nos sources présentent bien des exemples de parents participants qui ont repris suffisamment confiance en eux-mêmes pour poursuivre leurs études, trouver et conserver un emploi, suivre des cours de formation professionnelle et sortir du cycle de la pauvreté. Cette stratégie est mise en évidence dans le rapport de 1988 du Comité d'examen de l'aide sociale de l'Ontario.

La formation d'animateurs locaux pour les programmes de prévention favorise également la prise en charge personnelle. La multiplication de ces animateurs et le soutien qui leur est accordé permettent aux personnes du milieu d'être davantage en mesure de promouvoir le développement social et communautaire.

Un grand nombre de projets comportent des comités de révision des programmes. Les membres qui en font partie apprennent à accomplir des tâches administratives et financières, à parler en public et à animer des groupes (p. ex., Delta Child Care Network; Prevention Initiative Consultation Program). Ils finissent souvent par siéger à un conseil d'administration, ce qui leur permet de mieux connaître les autres secteurs des services communautaires et de parfaire leurs talents de négociateurs dans leurs rapports avec d'autres organismes et établissements du milieu.

Le développement communautaire a souvent pour origine un problème précis défini par le milieu. Le processus est parfois amorcé par un dirigeant respecté du milieu ou un catalyseur de l'extérieur. Une fois l'infrastructure du milieu définie, les sources principales d'information sont déterminées et intégrées au processus, et les citoyens participent activement à la résolution des problèmes.

Par exemple, le comité des services à l'enfance de la région de York a réalisé une enquête sur l'utilisation de ses services et une analyse économique et démographique, qui ont permis de déterminer que le canton de Georgina était un milieu à risques élevés. Les Services à l'enfance et à la famille de la région de York ont alors détaché à Georgina pendant deux ans un travailleur communautaire qui a élaboré avec les résidents un centre local de ressources permettant d'apporter une aide immédiate aux familles dans le besoin et d'assurer divers programmes de prévention avec la collaboration des responsables du Programme de services de soutien communautaires et de quartier, du ministère des Services sociaux et communautaires. Le centre a joué un rôle de consultation toujours plus grand pour la résolution des problèmes et la planification dans ce milieu rural.

Les expériences de la Greenway-Chaplin Neighbourhood Association (1988) et les programmes Westview Community Venture (1981) et Highland-Stirling Neighbourhood Project (1982) ont montré que les personnes qui ont participé à ces programmes communautaires en ont retiré un meilleur équilibre affectif, une plus grande estime d'elles-mêmes, un soutien social accru et une meilleure connaissance des ressources communautaires. Ces programmes ont également favorisé l'émergence de nouveaux animateurs communautaires. Ce sont là des résultats remarquables, si l'on considère que le programme Westview Community Venture a été mis en oeuvre dans un milieu où on trouve la plus forte concentration de logements subventionnés au Canada.

## 6. OFFRIR DES PROGRAMMES SOUPLES ET DIVERSIFIÉS adaptés aux divers contextes selon le milieu.

Les programmes de prévention doivent être adaptés le plus possible aux divers contextes des différents milieux. Cela exige une grande souplesse en ce qui a trait aux composantes, aux ressources et à l'information sur les programmes, pour tenir compte de la diversité des cultures et des valeurs.

Ces programmes ont souvent commencé par offrir des services à l'intention exclusive des enfants d'âge préscolaire ou de leurs mères. Ils ont rapidement étendu la gamme de leurs services aux frères et soeurs plus âgés, aux adolescents et aux services de soutien des familles dans le milieu. Dans 16 des 18 programmes passés en revue, des changements ont été apportés à divers niveaux : mise en oeuvre, composantes du programme, rapports avec les autres organismes, portée du programme. Dans les deux programmes qui n'ont pas subi de modification, les coordonnateurs ont expliqué que ces programmes étaient relativement récents et qu'il était trop tôt pour déterminer les modifications qui pouvaient être faites.

Les nouveaux programmes de prévention en Ontario doivent être prêts à soutenir l'élargissement ou l'approfondissement des programmes déjà en place. Par exemple, un programme desservant les enfants d'âge préscolaire et leurs familles peut être élargi de façon à desservir les enfants des premières années du cycle primaire dans ces mêmes familles. Également, un programme de prévention peut être approfondi de façon à

offrir des services aux parents qui attendent la naissance d'un enfant. Cette approche assure une plus grande continuité des services et indique que les programmes prévus pour les enfants pendant une période plus longue de leur développement sont peut-être particulièrement efficaces.

Les programmes souples et diversifiés en prévention primaire peuvent comporter, par exemple, des composantes en alphabétisation, en formation à l'emploi et en entrepreneurship, ou d'autres composantes définies par le milieu comme importantes pour favoriser un contexte familial équilibré pour les enfants.

## 7. COORDINATION AVEC LES AUTRES GROUPES ET SERVICES pour améliorer la qualité et la continuité des programmes.

La coordination des programmes de prévention primaire avec les organismes sociaux et les autres organismes communautaires est un thème commun à tous les programmes passés en revue. Il s'agit d'établir des liaisons fonctionnelles entre les programmes pour répondre à une gamme plus étendue de besoins communautaires. Cette coordination peut prendre plusieurs formes : ententes de prestation de services après orientation, mise en commun des ressources bénévoles, formation conjointe du personnel, etc.

Un grand nombre des programmes passés en revue jouent un rôle de liaison en aidant les participants à utiliser les ressources et services d'autres organismes communautaires. En plus d'améliorer la qualité des programmes, cela favorise leur expansion en fonction des besoins et des intérêts des participants. La qualité du programme s'en trouve améliorée, car ce sont les organismes les plus compétents dans un domaine particulier qui sont invités à assurer les services nécessaires.

Il importe de réduire au minimum la concurrence entre les organismes existants et les programmes de prévention primaire en s'assurant qu'ils répondent à des besoins complémentaires et qu'ils échangent leurs ressources complémentaires. Il se peut que certaines fonctions d'intervention doivent être accomplies dans le cadre du

programme de prévention pour assurer une bonne coordination.

Dans certaines régions, la coordination entre les organismes est favorisée par le partage des installations. Par exemple, en l'absence de centre communautaire dans une région, la gestion et la coordination des programmes sont souvent assurées dans une église ou une école. D'autres programmes de prévention qui comportent une composante coopérative ou de formation en milieu de travail sont administrés en collaboration avec les entreprises locales ou les conseils scolaires.

Les programmes de prévention peuvent aussi jouer un rôle de premier plan dans la coordination d'une gamme étendue de services communautaires. On en trouve de bons exemples dans les programmes Delta Child Care Network et Northeast Neighbourhood Centre. Ces deux services, financés à l'origine par le ministère des Services sociaux et communautaires, ont joué un rôle actif dans la coordination des ressources communautaires et des activités des organismes sur une plus grande échelle grâce au North York Inter-Agency and Community Council (NYIACC). Des représentants de ces programmes siègent aujourd'hui au conseil d'administration du NYIACC. Cette participation a permis d'améliorer les projets, les activités et les initiatives des organismes pour tous les groupes du milieu.

## 8. FACILITER L'ACCÈS aux autres services.

Les programmes de prévention primaire doivent veiller à ce que les participants puissent avoir accès aux services de santé, sociaux et d'éducation requis qui ne font pas déjà partie du programme. Par exemple, comme les enfants doivent recevoir des vaccinations et subir des examens physiques annuels, il est important qu'une liaison soit établie entre les programmes de prévention primaire à l'intention des jeunes enfants et les programmes de santé appropriés qui dispensent ces services. La plupart des coordonnateurs de programmes interviewés soulignent que l'un de leurs objectifs est d'intéresser les participants à la détermination et à l'élimination des obstacles aux services et aux ressources des autres organismes. Cela exige souvent une approche de revendication, qui peut nécessiter une certaine formation ou l'aide du personnel responsable du programme.

Par exemple, dans la Communauté urbaine de Toronto, les résidents d'un complexe résidentiel subventionné ont présenté des revendications en vue d'améliorer considérablement la qualité de vie de leurs enfants dans leur milieu. Leurs principales priorités étaient d'assurer à leurs enfants un environnement propre et des aires de jeu sans danger. L'une de leurs premières tâches a donc porté sur le ramassage des ordures. L'accès à ce service fondamental constituait pour ces résidents une priorité initiale.

Un autre aspect de l'élimination des obstacles aux services est l'établissement de rapports excellents avec les organismes qui assurent des interventions et des soins d'urgence. L'accessibilité à différents types et niveaux de services est un facteur précieux dans beaucoup de programmes de prévention. Un grand nombre des programmes passés en revue intègrent cette approche à leurs activités.

## 9. DÉTERMINER COMMENT LES ÉTABLISSEMENTS PEUVENT S'ADAPTER pour assurer un soutien optimal aux enfants et aux familles.

En plus de favoriser l'accès aux établissements communautaires, les programmes de prévention primaire doivent s'intéresser aux modifications à apporter dans les établissements comme les écoles, les hôpitaux et les organismes sociaux en vue d'améliorer leur possibilité de fournir des services de qualité.

Pour les programmes de prévention primaire à l'intention des enfants, l'école constitue un milieu très important. L'échec scolaire et la pauvreté sont étroitement associés (Harris, 1987). Étant donné leur diversité culturelle et économique, les enfants qui commencent l'école n'ont souvent pas les mêmes aptitudes sociales et cognitives, les mêmes connaissances et les mêmes capacités. Les programmes de prévention primaire doivent collaborer activement avec les établissements d'éducation pour adapter l'éducation aux divers besoins des différents milieux.

Le changement est difficile pour une institution, qui doit alors reconnaître qu'elle ne répond peut-être pas aux besoins du milieu. Par exemple, l'étude sur la santé des enfants en Ontario (1986) fait ressortir les rapports qu'il y a entre le taux d'échecs scolaires et l'incidence de la pauvreté. Mais il n'est pas facile de résoudre le problème de la pauvreté dans un milieu en apportant des changements à l'école comme institution du milieu.

Les programmes de prévention primaire doivent favoriser l'optimisation des contextes sociaux et la compatibilité entre ces contextes. On trouve un bon exemple d'adaptation institutionnelle dans l'établissement de cliniques de soins médicaux appropriées aux adolescents (The Ounce of Prevention Fund). Dans un autre milieu, le ministère du Logement a fait don d'un bâtiment pour abriter la Greenway-Chaplin Neighbourhood Association, en raison de son travail remarquable dans le milieu. Ce sont là quelques exemples de programmes de prévention qui ont montré comment les secteurs de la santé et du logement peuvent être adaptés en vue d'offrir un soutien maximal aux familles et aux collectivités.

## 10. ASSURER UNE ÉVALUATION CONTINUE pour établir et justifier les effets prévus et imprévus des programmes sur les enfants, les familles, les réseaux sociaux et le milieu.

Les programmes de prévention primaire peuvent avoir des effets positifs, négatifs ou mixtes sur les enfants et leur famille. Les caractéristiques du milieu dans son ensemble (p. ex., milieu urbain ou rural, nombre de familles monoparentales) peuvent influer sur la nature et la gravité des problèmes qui en résultent.

Par exemple, un programme d'accueil à l'intention des femmes, commandité par le Jane/Finch Community and Family Centre, a permis aux femmes d'en arriver à mieux connaître ce qu'elles désiraient pour elles-mêmes et leurs familles. C'était là un résultat positif pour les femmes participantes, mais leur mari ou leur ami acceptait mal le changement survenu et se sentait menacé. Le coordonnateur du programme recommande maintenant aux hommes d'y participer pour mieux se connaître et comprendre et accepter l'évolution de leur femme

ou de leur partenaire. Il est tout aussi important de justifier les effets sur le contexte individuel, familial, social et communautaire que de déterminer les résultats d'un programme précis. La meilleure façon de le faire est de recourir à un plan général d'évaluation, comme celui décrit plus loin dans ce document.

## D. CONCLUSION

Les programmes communautaires de prévention primaire qui intègrent ces directives pourront tirer profit de l'expérience passée des programmes efficaces, maximisant ainsi leurs effets positifs probables sur la santé et le bien-être des enfants et des familles des milieux desservis.

## VII. DIRECTIVES CONCERNANT LA RECHERCHE SUR LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE

Il est important que des recherches en prévention primaire soient réalisées en vue de répondre à deux questions essentielles :

- o Le programme est-il efficace?
- o Le programme est-il coûteux?

En prévention primaire, l'approche est nécessairement à long terme, mais elle doit aussi donner des résultats positifs immédiats pour les enfants. On pense que les programmes de prévention primaire auront des effets importants bien des années plus tard, parfois même dans la génération suivante, ce qui exige une recherche consciencieuse et bien planifiée. Nous exposerons d'abord **deux questions de recherche essentielles** sur lesquelles doivent être fondés les projets exploratoires de recherche en prévention primaire. Nous présenterons ensuite dans les sections suivantes quelques directives générales touchant l'élaboration et l'évaluation des programmes, qui nous apparaissent nécessaires à une recherche de qualité en prévention primaire.

### A. QUESTIONS DE RECHERCHE ESSENTIELLES

#### 1. QUELLE EST L'IMPORTANCE DES EFFETS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE?

Le premier objectif d'un projet exploratoire de recherche en prévention primaire doit être de montrer quelle est l'ampleur des effets qui peuvent être obtenus. Dans la revue des travaux de recherche qui a été réalisée par le Groupe de consultation technique, l'efficacité à long terme des programmes de prévention primaire dans le domaine de la prévention des troubles de santé mentale chez les enfants n'a pas été clairement démontrée. Mais les travaux existants sont suffisamment prometteurs pour justifier des projets exploratoires. La reproductibilité et surtout l'ampleur des effets ne sont pas suffisamment bien établies dans la documentation existante et la recherche future en prévention doit leur accorder une attention particulière.

Les projets exploratoires de recherche doivent donc compter, dans un proche avenir, sur toutes les composantes prometteuses qui peuvent être mises sur pied dans le cadre des limites budgétaires et avec le soutien du milieu. Le but de ces projets n'est pas de découvrir quel est le programme de prévention le plus efficace ou le plus modeste, mais de déterminer quelle peut être l'efficacité d'un programme complet raisonnablement financé et appuyé par le milieu. Nous ne savons pas pour l'instant si les enfants qui participent à ces programmes en retirent clairement des avantages significatifs et importants par rapport à ceux qui n'ont pas cette possibilité. Ce n'est qu'après avoir établi clairement l'ampleur des effets d'un programme de qualité que les décisions concernant la rationalisation des coûts et la mise en oeuvre doivent être prises. L'objectif premier est donc d'établir l'efficacité de ces programmes. Il est prématuré de s'interroger sur la validité des programmes de prévention primaire tant qu'on n'a pas établi de façon suffisante leur efficacité.

## 2. QUELS SONT LES COÛTS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE?

L'une des grandes lacunes de la recherche en prévention primaire est le manque d'attention apportée aux coûts de ces programmes. La question n'est même souvent pas prise en compte, et lorsqu'on s'y intéresse, c'est presque toujours rétrospectivement. On doit donc alors recourir à des déductions et à des hypothèses qui peuvent réduire l'exactitude et l'objectivité. Comme les coûts sont un facteur important dans l'établissement de l'utilité et de la généralisation possible des programmes de prévention primaire, il est donc très important d'intégrer les analyses de coûts dans les objectifs de la recherche.

## B. DIRECTIVES POUR L'ÉLABORATION DES PROGRAMMES

Lorsqu'on étudie la pertinence des travaux de recherche sur un projet de prévention proposé on doit tenir compte des points suivants :

### 1. TERMINOLOGIE

Il faut apporter certaines modifications à la terminologie standard de la recherche dans les projets exploratoires de recherche sur les programmes communautaires de prévention primaire, en vue de décrire le processus de recherche avec une plus grande exactitude. Comme le recours à des "groupes témoins" au sens strict (personnes n'ayant pas profité des services) n'est ni réaliste ni moral dans le contexte en cause, les projets doivent comporter des "groupes de comparaison". Ces groupes comprennent des enfants de milieux ou de quartiers analogues qui n'ont pas encore mis en oeuvre ou ne désirent pas mettre en oeuvre un projet équivalent. En outre, comme il ne peut y avoir de "choix randomisé des sujets" ni de véritable "expérimentation", les enfants et les parents participant aux projets ne sont pas de véritables "sujets" mais des "participants".

### 2. FONDEMENT DU PROGRAMME

Le fondement d'un programme communautaire de prévention primaire doit être établi en fonction des points suivants :

- **Besoin perçu**. Le programme répond à un besoin perçu par le milieu (p. ex., le milieu pense qu'il a besoin d'un programme préscolaire pour améliorer le développement socio-affectif et cognitif des enfants).

- **Besoin réel**. Les données indiquent que le besoin perçu est un besoin réel et correspond à un obstacle pour les enfants du milieu (p. ex., les enfants du milieu sont défavorisés quand ils commencent l'école primaire par suite d'un retard du développement socio-affectif et cognitif).

- **Besoin important**. Les données montrent que le besoin réel a des conséquences négatives importantes à court terme et à long terme (p. ex., les enfants qui ne profitent pas d'un programme préscolaire ont besoin davantage des services à l'enfance en difficulté, redoublent plus souvent leur année d'étude et sont plus susceptibles d'abandonner l'école et de devoir compter sur l'aide sociale).

On doit aussi établir clairement le moment où le programme sera dispensé, la durée du programme et la chronologie des activités.

## 3. BASE THÉORIQUE

Le programme communautaire de prévention primaire doit être fondé sur une théorie bien établie, qui doit comprendre des hypothèses précises sur les rapports entre le programme et les résultats escomptés pour l'enfant, la famille et le milieu. Il faut aussi déterminer les facteurs de risque et de stress et les points forts de la population, et indiquer les critères d'évaluation des résultats. Selon la terminologie propre à la recherche, il doit y avoir des rapports clairement établis entre les variables dépendantes et les variables indépendantes, et des hypothèses sur les causes et effets.

## 4. RÉSULTATS PROMETTEURS

Les programmes doivent s'appuyer sur des données provenant de la documentation et des expériences, établissant qu'il y a des assurances raisonnables qu'ils donneront des résultats positifs pour les enfants.

## 5. OBJECTIFS

Comme les programmes de prévention primaire sont conçus pour donner des résultats positifs à long terme et à court terme, il importe de déterminer de façon détaillée, avec des variables mesurables, les objectifs immédiats, intermédiaires et à long terme.

## 6. DESCRIPTION

Le programme doit être justifié de façon suffisamment claire et détaillée pour pouvoir être reproduit, et comporter notamment une description complète de la dotation en personnel et de l'administration, des buts, des objectifs et du contenu de chaque composante, et du processus de mise en oeuvre.

## 7. PARTICIPATION DU MILIEU

Le programme doit établir qu'il fait place à la participation du milieu ou qu'il comporte une stratégie bien définie assurant un niveau élevé de participation et de contrôle par le milieu, surtout en ce qui a trait à la planification et à l'évaluation.

En outre, il devrait comporter certaines autres caractéristiques :

- endroit facilement accessible pour les participants;
- programme diversifié (p. ex., visites à domicile) et adapté au milieu;
- personnel connaissant bien les valeurs et les besoins du milieu.

## 8. COÛTS

Les coûts du programme doivent être raisonnables et dans les limites budgétaires du projet.

## 9. VALEUR NETTE

Le plan doit indiquer que la valeur nette (les avantages prévus par rapport aux coûts) sera importante.

### 10. REPRODUCTIBILITÉ

Les programmes doivent pouvoir être reproduits dans d'autres milieux ontariens à faibles revenus, en fonction des deux points suivants :

- **Prévalence**. Le programme doit répondre à un problème que l'on retrouve dans presque tous les milieux de la province.

- **Ressources disponibles**. Le programme peut être mis en oeuvre dans divers milieux, et s'appuie donc sur des ressources disponibles à l'échelle provinciale.

## C. DIRECTIVES POUR L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES

### 1. PLAN D'ÉVALUATION

L'évaluation doit avoir la plus grande qualité possible, compte tenu des limites de la recherche communautaire, notamment des deux limites importantes suivantes : 1) la difficulté de procéder à un essai randomisé contrôlé (méthodes expérimentales véritables) lorsque l'étude porte sur le milieu; 2) le dilemme qui consiste à respecter un plan rigoureux et à tenir compte de la nécessité de répondre à l'évolution des besoins et préoccupations des familles et du milieu. En raison de ces contraintes, le sous-groupe Recherche recommande le plan suivant :

- **Groupe de comparaison**. Il doit y avoir un certain type de groupe de comparaison, p. ex., les enfants du même milieu qui ne participent pas au programme, ou les enfants d'un milieu différent mais comparable.

- **Évaluation avant et après le programme**. Il doit y avoir une évaluation, avant et après le programme, de l'enfant, de sa famille, de son milieu et des autres caractéristiques importantes, y compris un suivi longitudinal prédéterminé.

- **Plan rigoureux**. Le plan doit être le plus rigoureux possible et comprendre, dans l'ordre descendant :

  - des essais de contrôle randomisés (méthodes expérimentales véritables)

  - des essais contrôlés sans randomisation (méthodes quasi-expérimentales)

  - des études contrôlées de cohortes ou de cas.

- **Études longitudinales de cohortes**. On doit au moins suivre une cohorte d'enfants (participants et groupe de comparaison) pour la durée de l'étude.

## 2. MILIEU GÉOGRAPHIQUE BIEN CIRCONSCRIT

Le programme doit viser un milieu géographique bien circonscrit. Il ne peut, par exemple, s'adresser aux parents qui reçoivent des prestations d'aide sociale dans une ville comme Hamilton ou Toronto. Il doit être axé sur un milieu économiquement défavorisé, par exemple un quartier à faibles revenus, ou une région rurale économiquement éprouvée.

## 3. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La taille de l'échantillon doit être suffisante pour établir la présence ou l'absence des effets importants avec une certitude raisonnable, compte tenu de son attrition.

Il doit y avoir une description précise du recrutement de l'échantillon et du groupe de comparaison. Les caractéristiques de l'échantillon et du groupe de comparaison doivent être présentées de façon très détaillée, et les caractéristiques socio-démographiques importantes de l'échantillon auquel le programme s'adresse doivent être clairement définies : âge, sexe, origine ethnique, catégorie socio-économique et structure familiale. Cette description doit aussi indiquer les différences au sein de l'échantillon en fonction des

participants et des non-participants, des comparaisons par rapport à la population en général, et l'expérience antérieure des participants en regard de programmes précédents ou analogues. Cet aspect est crucial, car c'est le principal élément qui permet de déterminer si l'étude peut être généralisée à d'autres milieux.

## 4. ATTRITION DE L'ÉCHANTILLON

Le plan doit recourir à des techniques précises pour réduire au minimum l'attrition de l'échantillon, surtout lors du suivi à long terme. Ces mesures doivent être établies dès la conception du projet. Le plan doit aussi comporter des techniques d'évaluation des effets de l'attrition de l'échantillon à l'étape du suivi.

## 5. EXPLICATION DES RÉSULTATS

Le plan doit assurer que les effets obtenus sont attribuables au programme, et non à des facteurs internes ou externes qui lui sont étrangers. Il doit aussi réduire le plus possible ce qui en menace la validité : maturation, antécédents, effet des tests, réactivité, co-intervention et contamination.

## 6. STATISTIQUES APPROPRIÉES

La plupart des analyses doivent être simples et faciles à comprendre, recourir principalement à des données statistiques descriptives et définir avec précision les variables indépendantes et dépendantes. Si l'on a recours à des tests statistiques plus complexes, ce qui est inévitable dans les études longitudinales, tous les efforts doivent être faits pour apporter des explications claires, exactes et simples.

### 7. CRÉDIBILITÉ

La recherche doit viser la plus grande objectivité possible, pour que les résultats puissent être perçus comme crédibles. En outre, les évaluations à long terme exigent une collaboration très étroite entre le personnel et les chercheurs. Les évaluateurs et les directeurs de programmes doivent réfléchir avec soin à ces questions. Il est recommandé qu'un conseil consultatif autonome soit constitué en vue de servir de ressource aux chercheurs et aux directeurs des projets exploratoires et d'évaluer de façon critique les projets.

### 8. PUBLICATION

Il importe de favoriser activement la publication des résultats et des conclusions des projets exploratoires de recherche en prévention primaire, et des leçons qui en découlent. Tous les intéressés doivent être aidés dans la préparation d'exposés et de rapports destinés à un public varié de spécialistes et de personnes ordinaires.

## D. DIRECTIVES POUR LA MISE EN OEUVRE DE L'ÉVALUATION

### 1. STRUCTURE

La mise en oeuvre de projets exploratoires de recherche sur les programmes communautaires de prévention primaire exige une structure pour la mise en oeuvre de l'évaluation qui fasse davantage appel à la collaboration et soit moins hiérarchisée que celle que l'on retrouve généralement dans le contexte de la recherche universitaire. Il faut tout d'abord qu'il y ait des rapports étroits de collaboration entre les chercheurs et les directeurs des programmes, mais aussi entre les dirigeants du milieu, les participants au programme, le personnel responsable du projet ainsi que les évaluateurs et les directeurs des programmes.

Cette collaboration en vue de l'évaluation doit s'accompagner d'un effort pour obtenir des résultats de recherche "objectifs". Certains indices peuvent donner à entendre que les évaluateurs internes peuvent avoir un parti pris en faveur de l'orientation du programme ou, à l'inverse, ne pas jouir de la confiance des autres. Néanmoins, en pondérant les avantages et les inconvénients que présente une évaluation interne par rapport à une évaluation externe des programmes communautaires de prévention primaire, il est recommandé que les responsables des programmes collaborent avec un évaluateur interne et mettent sur pied un comité externe de révision. Ce comité peut faire la critique de la recherche et servir de ressource pour toutes les personnes intéressées au programme. Le comité de révision peut assurer l'objectivité et la spécialisation propres à la recherche, ainsi que la continuité nécessaire pendant la durée du projet.

## 2. PERSONNES INTÉRESSÉES

En vue d'accroître les probabilités de succès des résultats de la recherche, on doit retrouver à toutes les étapes de l'évaluation et de la recherche les cinq catégories suivantes de personnes : le directeur du programme, l'évaluateur du programme, le personnel responsable, les participants et les chefs de file du milieu. Cette participation doit porter sur tous les aspects de l'évaluation : élaboration des techniques permettant de réduire l'attrition de l'échantillon, choix des instruments d'évaluation, examen des résultats préliminaires et conséquences tirées des données.

Il est arrivé trop souvent qu'une évaluation par ailleurs bonne ait échoué parce qu'elle avait été rejetée par l'une ou l'autre de ces catégories de personnes. Pour que le projet de recherche soit efficace, il importe que tous participent à la mise en oeuvre d'un bon programme et d'une bonne évaluation.

## 3. PLANIFICATION

La planification de l'évaluation doit commencer dès l'élaboration de chaque projet. L'évaluation et le programme sont tout aussi importants pour les projets exploratoires de recherche. À chaque étape du projet, il doit y avoir une planification conjointe de ces deux aspects.

## 4. ENGAGEMENT

Le personnel et l'administration doivent manifester leur engagement concernant l'évaluation pendant toute la durée du projet. L'évaluation doit être considérée comme un effort de collaboration en vue d'assurer un programme de qualité, plutôt que comme un moyen de vérifier le rendement du personnel.

## 5. RÔLES

Les rôles et les responsabilités de chacun dans l'évaluation doivent être clairement définis : les spécialistes, les non spécialistes et les bénévoles, les participants, leurs familles et les membres du conseil.

## 6. COMPARABILITÉ ENTRE LES PROJETS

Si un projet de recherche est prévu à divers endroits, la responsabilité d'en assurer la comparabilité doit être clairement établie par la détermination de paramètres pour la planification de l'évaluation de projets précis et pour l'évaluation des conclusions tirées des évaluations finales.

## E. DIRECTIVES POUR LE CHOIX ET L'UTILISATION DES MESURES D'ÉVALUATION

### 1. TYPES

L'objectif principal des projets exploratoires de recherche décrits dans cette publication est de réduire les difficultés affectives et comportementales chez les enfants, ce qui implique que les instruments d'évaluation des principaux résultats doivent en tenir compte. Malheureusement, la recherche en prévention ne tient souvent pas compte des résultats au plan socio-affectif, ou présente des conclusions approximatives fondées sur des déductions (p. ex., réduction des mauvais traitements infligés aux enfants). Dans un effort en vue de résoudre ces problèmes, les mesures d'évaluation des résultats des projets de prévention primaire devraient être les suivantes :

a. **Mesures d'évaluation des caractéristiques comportementales et socio-affectives connexes**, et interviews structurées axées sur les enfants. Cette évaluation est faite par les parents, les enseignants, les infirmières-hygiénistes, les fournisseurs de soins ou les enfants eux-mêmes.

b. **Développement cognitif ou rendement scolaire des enfants**, les retards de développement dans ce domaine pouvant être associés à un accroissement des difficultés affectives ou comportementales, ou en être la cause.

En outre, les mesures d'évaluation des résultats doivent aussi faire appel à d'autres mesures classiques :

c. **Résultats au plan du développement** : p. ex., progrès conformes aux normes correspondant à l'âge au plan du développement physique, affectif, social, cognitif et linguistique.

d. **Autres mesures d'évaluation du bien-être des enfants** : p. ex., estime de soi.

e. **Attitudes, aptitudes et comportement des parents** : p. ex., aptitudes aux responsabilités parentales.

f. **Bien-être des parents et qualité de la vie familiale** : p. ex., relations familiales, dépression de la mère.

En cherchant à analyser l'influence du contexte dans lequel vivent les enfants, les mesures d'évaluation des résultats doivent faire appel aux points suivants :

g. **Réseau social de soutien aux familles** : p. ex., aide et soutien affectif des parents par les proches et les amis.

h. **Effets sur le développement communautaire** : p. ex., participation aux institutions existantes comme les écoles et les églises.

i. **Effets sur les services sociaux, de santé mentale, d'éducation et correctionnels** : p. ex., réduction des sévices aux enfants, du vandalisme, etc.

La recherche passée présentait des lacunes en matière d'interprétation en raison de la définition souvent limitée des résultats. Mais les recommandations présentées ici touchant l'évaluation de tous les résultats pour l'enfant et son environnement ne doivent pas être comprises comme un fardeau accablant pour les enfants et leurs familles. Nous suggérons qu'au cours de la planification et des essais pilotes, cette question de l'évaluation complète des résultats et du fardeau qu'elle pourrait représenter soit examinée avec soin par les directeurs de programmes, les évaluateurs et les participants.

Compte tenu des résultats souhaités, les mesures d'évaluation doivent être choisies en fonction des critères ci-après (tirés principalement des travaux de Ciarlo, et al., 1981 et Pancer, 1986) :

## 2. PERTINENCE

a. **Pertinence des objectifs du programme**. À partir du modèle théorique clairement défini, préciser comment les activités du programme produiront les effets escomptés. Les mesures d'évaluation doivent porter non seulement sur les effets à long terme, mais sur les étapes intermédiaires et les variables causales.

b. **Compatibilité**. Elles doivent être compatibles avec l'âge, le sexe, l'éducation, les expériences et le niveau de développement des enfants.

c. **Non-réactivité**. Elles doivent respecter le droit des participants à la confidentialité et ne pas nuire au sentiment de leur propre valeur.

d. **Sensibilité culturelle**. Elles doivent être appropriées à l'origine raciale, à la classe sociale et à l'origine ethnique des enfants.

Compte tenu de l'approche axée sur l'enfant et sur les systèmes, requise par la recherche en prévention primaire, il est particulièrement important de choisir avec soin des mesures d'évaluation ayant les caractéristiques suivantes :

e. **Perspectives multiples**. Elles doivent refléter les perspectives des principaux intéressés, tant pour le programme que pour son évaluation.

f. **Niveaux multiples**. Elles doivent non seulement évaluer le rendement de l'enfant, mais son contexte familial, communautaire et social.

g. **Mesures, sources et intervalles multiples**. Dans toute la mesure du possible, plus d'une mesure d'évaluation des variables importantes doit être utilisée aux fins de la contre-validation. Cette validation est meilleure si d'autres mesures d'évaluation de ces variables proviennent d'autres sources ou d'autres répondants. En raison du caractère

longitudinal de la recherche en prévention primaire, il est important d'évaluer la même variable à différents moments du développement de l'enfant.

h. **Évaluation complète**. L'évaluation doit porter sur d'autres effets importants mais non prévus (et peut-être négatifs) du programme, ainsi que sur les effets prévus par le programme.

## 3. VALEUR PSYCHOMÉTRIQUE

a. **Fiabilité**. L'évaluation doit avoir une stabilité temporelle, une fiabilité fondée sur tous les évaluateurs et une constance interne.

b. **Validité**. L'évaluation doit avoir une validité critériée et notionnelle (validité de convergence et de discrimination).

c. **Sensibilité au changement**. L'évaluation doit être faite en tenant compte des changements au programme.

d. **Absence de biais**. L'évaluation doit pouvoir écarter tout truquage intentionnel, positif ou négatif.

## 4. EFFICACITÉ ADMINISTRATIVE

a. **Coûts** : L'évaluation doit être relativement peu coûteuse, tant lors de l'acquisition que de l'administration.

b. **Utilisation facile** : L'évaluation doit être facile à comprendre et pouvoir être administrée de façon normalisée après une formation minimale.

c. **Durée** : De préférence, l'évaluation doit être brève.

d. **Notation facile** : L'évaluation doit être facile à noter (p. ex., on doit éviter les évaluations dont la notation fait appel aux coefficients de facteur ou à du matériel spécial).

## 5.UTILITÉ

a. **Facilité d'interprétation**. L'interprétation doit être significative et compréhensible pour les non-spécialistes comme pour les spécialistes.

b. **Effets à court terme et à long terme**. L'évaluation doit porter sur les effets prévus peu après le début du programme, ainsi que sur les résultats escomptés à long terme.

c. **Évaluation du processus**. Elle doit inclure des mesures permettant d'évaluer le processus, ainsi que les résultats du programme, ce qui peut être à l'origine des étapes ultérieures en vue de déterminer son efficacité.

d. **Normes de comparaison**. Dans toute la mesure du possible, choisir des mesures d'évaluation permettant de comparer les résultats des participants aux programmes par rapport aux normes de la population en général.

e. **Mesures significatives**. Choisir des mesures d'évaluation qui se traduisent facilement en résultats significatifs. Par exemple, la criminalité et l'incarcération sont des effets significatifs, en raison des coûts qui en découlent pour les personnes, les familles, le milieu et la société. Les mesures qui peuvent se traduire facilement en incidences financières sont particulièrement significatives.

f. **Pertinence théorique**. Les mesures doivent aider à évaluer la validité de la théorie sous-jacente des activités du programme.

g. **Mesures qualitatives**. En plus de mesures quantitatives, on doit recourir à des mesures qualitatives en vue de fournir une compréhension plus complète des effets du programme.

h. **Zones d'âge**. Choisir des mesures qui s'appliquent à une zone d'âge large plutôt que limitée.

i. **Ampleur du changement**. Les mesures doivent indiquer l'ampleur nécessaire du changement associé au programme pour qu'il soit considéré comme ayant eu des effets significatifs ou importants.

## F. DIRECTIVES POUR L'ÉVALUATION DES ANALYSES DE COÛTS

Les directives présentées jusqu'ici ont fait ressortir les résultats traditionnels de la recherche standard concernant l'enfant, la famille, le milieu et le programme. Pour sa part, l'évaluation des études de coûts permet de savoir si les programmes sont valables, compte tenu de tous les effets et des coûts en cause, et s'ils peuvent être reproduits, avec ou sans modification, en ce qui concerne les coûts. Il est donc nécessaire de contrôler rigoureusement les coûts et de les associer aux diverses composantes du programme.

Dans toute la mesure du possible, les résultats escomptés doivent être traduits en termes d'économies possibles ou de coûts-avantages (p. ex., recours moins fréquent aux services de santé, réduction du vandalisme, taux réduit de placement dans les services à l'enfance en difficulté). On peut ainsi comparer les coûts du programme avec les économies possibles découlant du programme.

L'étude comparative des avantages et des coûts peut porter sur les catégories suivantes :

1. **AVANTAGES POUR LES ENFANTS ET LEURS FAMILLES** : P. ex., réduction de la souffrance.

2. **AVANTAGES POUR LE MILIEU** : P. ex., réduction de la crainte de la criminalité, diminution des dommages matériels, plus grande fierté du quartier.

3. **RÉDUCTION DES DÉPENSES PUBLIQUES** : P. ex., réduction des taux d'aide sociale, réduction de la proportion de nourrissons de faible poids de naissance qui nécessitent des services d'hospitalisation de haute technologie.

4. **ACCROISSEMENT DE LA PRODUCTIVITÉ ÉCONOMIQUE** : P. ex., taux d'emploi plus élevé.

5. **AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ DE LA JUSTICE SOCIALE ET DES CITOYENS** : P. ex., taux réduit d'incarcération, participation accrue à la planification publique et sociale.

Ces analyses doivent présenter les coûts et les avantages pour les enfants, pour leur famille (p. ex., emploi des parents), pour les familles qu'ils auront plus tard (p. ex., grossesse des adolescentes qui participent au programme) et pour la société en général.

Les études de coûts exigent des compétences particulières, et il est important pour les projets exploratoires de prévention primaire de rechercher l'orientation spécialisée nécessaire dans ce domaine dès le début de l'élaboration de l'étude. Les études de coûts doivent être prospectives et intégrées parfaitement à l'évaluation des programmes.

## G. CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES

Il est évident que dans la collecte de l'information sur les résultats concernant l'enfant, la famille et le milieu, ainsi que les coûts, il faut veiller avec le plus grand soin à assurer le caractère confidentiel des données. Les responsables du projet exploratoire de recherche en prévention primaire doivent donc assurer la coordination d'un plan de recherche respectant les règles de conduite professionnelle suivantes :

1. **APPROBATION PAR UN COMITÉ DE DÉONTOLOGIE RECONNU** : Ces comités existent dans la plupart des universités, et ils peuvent évaluer les risques de participation à l'étude et les avantages possibles.

## 2. PROTECTION DES DROITS DE LA PERSONNE :

a. **Droit de ne pas être lésé** : Les participants ne doivent pas être exposés à des risques physiques, effectifs, légaux, financiers ou sociaux au-delà des situations normales de chaque jour.

b. **Droit à l'autonomie** : Les participants doivent se sentir libres de toute contrainte, coercition ou influence indue pour participer au programme. Les tentatives déguisées de persuasion doivent être rigoureusement évitées.

c. **Droit au respect de la vie privée, à l'anonymat et à la confidentialité** : Les participants ne doivent pas se faire de souci concernant des embarras ultérieurs possibles, ou craindre que des renseignements personnels soient rendus publics ou accessibles à d'autres.

d. **Droit à la vérité et à une information complète sur les buts**, les méthodes et les conclusions de l'étude. Les participants doivent être informés des points suivants :

- nature, durée et but de l'étude;
- méthodes et procédés de collecte des données, expliqués en termes simples;
- utilisation qui sera faite des conclusions et avantages possibles qui en découleront;
- inconvénients, préjudices possibles ou désagréments prévus, y compris les heures non rémunérées;
- résultats et effets secondaires possibles, y compris l'envoi d'autres questionnaires;
- autres possibilités par rapport à la participation à l'étude;

- droit de refuser de participer à l'étude ou de s'en retirer en tout temps;

- nom des chercheurs et façon de communiquer avec eux;

- sources de financement et commandite.

### 3. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Les participants au programme et au groupe de comparaison doivent donner un consentement éclairé à leur participation. Les parents peuvent donner ce consentement éclairé pour leurs enfants au début de l'étude. Les évaluateurs et les directeurs du programme, en collaboration avec les autres personnes intéressées, verront à recueillir l'autorisation des enfants eux-mêmes lorsqu'ils sont plus âgés.

### 4. CONDITIONS ET JUSTIFICATION DE LA COLLECTE DE L'INFORMATION RELATIVE AU GROUPE DE COMPARAISON

Il importe d'élaborer avec soin les conditions et la justification de la collecte de l'information sur le groupe qui ne participera pas au programme, mais qui servira de groupe de comparaison pour les participants au programme.

## VIII. UN MODÈLE INTÉGRÉ DE PRÉVENTION PRIMAIRE

### A. THÈMES COMMUNS

Notre revue des programmes de prévention à l'intention des jeunes enfants économiquement défavorisés a accordé une attention particulière à la participation du milieu et à la recherche et fait ressortir douze thèmes communs.

#### 1. LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DOIT ÊTRE COMPRIS DANS LE CONTEXTE DE LEUR ENVIRONNEMENT

Ce point de vue a évolué au cours des dix dernières années, et on est passé des programmes axés exclusivement sur l'enfant ou sur l'enfant et sa mère, à des programmes qui s'intéressent à l'enfant dans le contexte de sa famille (quelle qu'en soit la structure), et à la famille dans le contexte du milieu.

#### 2. IL N'Y A PAS D'ÂGE DE DÉVELOPPEMENT MAGIQUE POUR L'EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME DE PRÉVENTION

Pour être les plus efficaces possible, les programmes de prévention doivent répondre aux besoins des enfants et de leur famille à toutes les étapes de leur développement, en accordant une attention particulière aux périodes critiques de transition.

#### 3. LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION PRIMAIRE DOIVENT ÊTRE TRÈS ÉTENDUS

Dans le domaine de la prévention primaire, il existe un mythe selon lequel des programmes uniques, simples, relativement peu coûteux et administrés en une seule fois peuvent donner des résultats positifs à long terme chez les enfants économiquement défavorisés. Cette représentation est illusoire. Pour que les programmes de prévention donnent des résultats positifs et durables chez un nombre significatif d'enfants, ils doivent viser un certain nombre de facteurs de risque importants.

### 4. LES PROGRAMMES DOIVENT ÊTRE SOUPLES DANS LEURS COMPOSANTES ET LES SERVICES OFFERTS AUX PARTICIPANTS

Les programmes de prévention les plus efficaces présentent des composantes particulièrement adaptées à la situation du milieu desservi. En outre, ils sont assez souples pour offrir des services plus importants aux familles dont les besoins sont plus grands. De cette façon, leurs composantes multiples et leurs services répondent aux besoins des enfants et de leur famille dans le contexte de leur milieu.

### 5. LES MEILLEURS PROGRAMMES DE PRÉVENTION SONT COORDONNÉS AVEC LES RESSOURCES DU MILIEU ET LES DIVERS ORGANISMES ET ÉTABLISSEMENTS

En vue d'améliorer la situation des enfants et d'assurer la plus grande continuité possible des services, les programmes les plus efficaces ne sont pas isolés de leur environnement, mais bien coordonnés dans le milieu à tous les paliers. Cela implique aussi une attention particulière aux caractéristiques ethniques et culturelles de chaque milieu.

### 6. LA PARTICIPATION DES PARENTS PEUT AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES

Cette participation permet de resserrer les liens familiaux et de consolider les gains que le programme a rendus possibles. Mais la mise en oeuvre de la participation des parents doit être planifiée en fonction des objectifs du milieu et des familles.

## 7. LES INITIATIVES COORDONNÉES DE PRÉVENTION PRIMAIRE DOIVENT REPOSER SUR LES RESSOURCES EXISTANTES

Comme un grand nombre de milieux participent activement à l'élaboration et à la présentation de programmes de prévention, il est important d'en tenir compte. L'Ontario dispose d'une gamme variée de programmes, et ces programmes doivent être considérés en priorité dans les projets exploratoires de recherche.

## 8. L'ACCESSIBILITÉ UNIVERSELLE EST IMPORTANTE

Pour éviter de stigmatiser les enfants ou de les exclure arbitrairement par le biais de critères restrictifs, les programmes doivent être accessibles à tous dans un milieu donné et viser une population élargie d'enfants et de familles, ce qui permettra d'en enrichir l'élaboration.

## 9. LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION EFFICACES NÉCESSITENT UN PERSONNEL TRÈS COMPÉTENT

Le personnel doit recevoir une rémunération suffisante, un soutien administratif, une formation et une bonne supervision de façon à toujours mieux connaître les enfants, les familles et les milieux desservis. On ne saurait exagérer l'importance de ce facteur.

## 10. UN NOMBRE LIMITÉ DE COMPOSANTES EST ASSOCIÉ AUX PROGRAMMES DE PRÉVENTION EFFICACES

Avant d'élaborer des composantes nouvelles, non vérifiées, il importe d'adopter en priorité les composantes associées aux programmes de prévention efficaces qui sont indiquées dans la revue de la documentation et des programmes. Ces composantes bien établies portent notamment sur la formation des parents, l'éducation au développement de l'enfant, les groupes de soutien aux parents, les suppléments alimentaires, les centres de halte et les centres de

ressources parents-enfants, en plus de celles axées sur l'alimentation et le logement.

## 11. LES PROGRAMMES EFFICACES DE PRÉVENTION PRIMAIRE EXIGENT UNE COLLABORATION ÉTROITE ENTRE LES MINISTÈRES AU NIVEAU GÉNÉRAL ET À L'ÉCHELON LOCAL

Il est évident que la prévention des difficultés affectives et comportementales est associée à la prévention des troubles de santé et des difficultés au plan de l'éducation, et les modèles de programmes de prévention des difficultés affectives et comportementales chevauchent les limites intersectorielles de prestation des services (p. ex., classes de soins prénatals, formation affective). C'est pourquoi les programmes efficaces de prévention primaire nécessitent une collaboration étroite entre les ministères responsables de la santé publique et communautaire, de l'éducation, du logement et des loisirs, ainsi que des services sociaux.

## 12. LA RECHERCHE EN PRÉVENTION PRIMAIRE DOIT FAIRE RESSORTIR LES RÉSULTATS À COURT TERME ET À LONG TERME

Notre revue des travaux de recherche montre clairement qu'il n'est pas nécessaire d'attendre dix ans ou davantage pour établir quels sont les avantages de la prévention primaire. La recherche indique que pour évaluer pleinement la valeur de la prévention primaire, il est important de disposer d'études longitudinales sur les participants aux programmes. Mais les programmes efficaces de prévention primaire à l'intention des jeunes enfants doivent aussi donner des résultats à court terme et à long terme au plan du développement psychosocial et de la santé mentale.

## B. LE MODÈLE INTÉGRÉ RECOMMANDÉ

> Sur cet âge doué, dans son heure obscure,
> tombe du ciel une pluie météorique
> de faits... qui restent indiscutés, isolés.
> La sagesse qui nous guérira de nos maux
> déroule chaque jour son fil; mais il n'y a pas de métier
> pour en tisser la toile...
>
> Edna St. Vincent Millay

Comme l'indique Lisbeth Schorr, dans un ouvrage publié en 1988 (Within Our Reach: Breaking the Cycle of Disadvantage),«On connaît suffisamment aujourd'hui les facteurs de risque permettant de prévoir un grand nombre de résultats néfastes à l'adolescence pour disposer des fondements nécessaires à une action efficace en vue d'en réduire l'incidence». Mais comme le laissent entendre les vers cités précédemment, l'étape suivante consiste à regrouper l'information en programmes complets offerts aux enfants et aux familles. Le Groupe de consultation technique est d'avis que les données existantes sont suffisantes pour justifier la réalisation future de projets exploratoires de recherche en prévention primaire, fondés sur les résultats positifs immédiats et à long terme mis en évidence par la recherche antérieure en prévention primaire. Mais ces projets futurs doivent être très différents des projets déjà réalisés, et voici le "modèle intégré", avec ses processus et ses composantes, que nous recommandons.

Le but du modèle intégré recommandé est d'assurer un programme efficace aux enfants des milieux économiquement défavorisés, à des coûts raisonnables. En voici les conditions :

## VIII MODÈLE INTÉGRÉ

### 1. INTÉGRATION DES SYSTÈMES ET DES COMPOSANTES DU PROGRAMME

Dans un milieu donné, les services à l'enfance et à la famille doivent être réunis. L'intégration, cela veut dire au moins que les fournisseurs de services élaborent ensemble des objectifs communs et des plans permettant de les atteindre. En théorie, le modèle intégré dépasse la «coordination des services» pour viser l'intégration complète de la planification et de la prestation des services.

Le modèle intégré recommandé s'appuie sur la recherche concernant les facteurs de risque de la petite enfance. Comme nous l'avons souligné dans la revue des travaux de recherche, l'association étroite qui existe entre la pauvreté et les facteurs de risque vaut pour toutes les composantes de ces facteurs : de la naissance prématurée à un mauvais état nutritionnel et de santé, du manque de relations chaleureuses et de confiance dans les premières années aux mauvais traitements infligés aux enfants, du stress familial au manque de maîtrise des aptitudes scolaires. Les programmes visant à réduire l'un quelconque de ces risques sont utiles, mais en raison des interactions entre les facteurs de risque, les programmes visant des facteurs de risque multiples favorisent des effets plus importants, plus stables et à plus long terme.

### 2. DEUX TYPES D'INTÉGRATION

Deux types d'intégration systémique sont recommandés :

--> **Des soins prénatals jusqu'à l'âge préscolaire** (des soins prénatals jusqu'au quatrième anniversaire de naissance, ou jusqu'à la fin de l'âge préscolaire l'année du troisième anniversaire de naissance);

--> **De l'âge préscolaire jusqu'au cycle primaire** (de l'âge de trois ans, ou dès le début de l'âge préscolaire l'année du troisième anniversaire de naissance, jusqu'au huitième anniversaire de naissance ou la fin de la deuxième année).

En d'autres termes, un programme visant à réduire les risques et à promouvoir le développement optimal pour les soins prénatals et les enfants en bas âge doit être intégré à un programme visant à réduire les risques et à promouvoir le développement optimal chez les enfants d'âge préscolaire, OU un programme préscolaire doit être intégré à un programme visant à réduire les risques et à promouvoir le développement optimal chez les enfants du cycle primaire.

Cela veut dire que les systèmes qui assurent les programmes de soins prénatals et pour enfants en bas âge (comme les programmes de santé publique ou les programmes de stimulation des nourrissons, commandités par le ministère des Services sociaux et communautaires) doivent être intégrés au système qui assure le programme préscolaire, ou que le système qui assure le programme préscolaire doit être intégré au système du cycle primaire (c'est-à-dire au système d'éducation).

## 3. DES PROGRAMMES COMPLETS

En plus de procéder à l'intégration systémique de leurs programmes pour nourrissons avec leurs programmes préscolaires, ou de leurs programmes préscolaires avec leurs programmes du cycle primaire, les milieux peuvent ajouter au programme des composantes additionnelles en fonction de leur environnement particulier. Nous avons présenté dans les sections précédentes de ce rapport les types de composantes associées aux programmes efficaces pour les soins prénatals et les enfants en bas âge, l'âge préscolaire et le cycle primaire. Ces composantes sont très variées : nutrition et suppléments alimentaires, planification familiale, formation des parents, éducation au développement de l'enfant, groupes de soutien aux parents, haltes, formation à l'emploi et centres de ressources parents-enfants. Dans certains milieux, ces composantes constituent des programmes distincts. Il importe donc, dans la mesure où le milieu soutient déjà ces programmes, qui s'adressent essentiellement aux mêmes familles, que ces programmes soient compris dans le modèle intégré de ce milieu. En outre, chaque milieu doit examiner avec soin les composantes qui ne sont pas offertes et qui seraient importantes pour favoriser un contexte propice au développement des enfants. Il peut alors élaborer ces composantes pour les inclure au

modèle intégré.

### 4. INCLURE LES ÉTAPES IMPORTANTES DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Les deux types de modèle intégré permettent d'analyser les antécédents personnels des enfants qui participent aux programmes de prévention dès les soins prénatals jusqu'à l'âge de sept ans, ce qui couvre neuf années de développement de l'enfant pour cinq années de programme. Cela comprend toutes les périodes critiques de transition pour le développement social au cours de la petite enfance, depuis les soins prénatals, la naissance, l'assimilation à la famille, la petite enfance, la prématernelle (le cas échéant), la maternelle et l'entrée en première année.

### 5. FOURNIR DES SERVICES PENDANT UNE PÉRIODE DE CINQ ANS DE LA VIE DE L'ENFANT

La durée de cinq ans des programmes est justifiée par des données montrant que les programmes d'une durée de un an, de deux ans ou de trois ans sont probablement insuffisants pour donner des résultats positifs assez importants ou à long terme pour qu'ils soient justifiés financièrement. Par exemple, on constate une baisse des résultats positifs lorsque les enfants terminent un programme d'une durée de un an ou de deux ans, et des différences longitudinales relativement modestes, malgré leur signification statistique, entre les groupes de participants et les groupes témoins. Les deux types de modèle intégré recommandé assurent donc des services aux enfants pendant une période de cinq ans.

## 6. DES PROGRAMMES DE QUALITÉ, LE SOUTIEN DU MILIEU ET UNE ÉVALUATION CONSCIENCIEUSE

Les programmes efficaces sont des programmes de qualité, et non pas nécessairement des programmes en quantité. Les projets exploratoires de recherche les plus efficaces ne chercheront pas à inclure toutes les composantes connues. Chaque composante doit avoir la plus grande qualité et être particulièrement adaptée aux besoins du milieu. Les projets les plus efficaces comporteront plusieurs composantes de qualité, une collaboration active entre les spécialistes, une bonne participation du milieu et une attention particulière apportée à l'évaluation et à la recherche.

## 7. PRÉVOIR SIX ANS POUR LA MISE EN OEUVRE ET L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Il faut d'abord prévoir au moins une année pour la planification, le démarrage et la mise en place des mécanismes d'intégration et d'évaluation. Cette première année est suivie de cinq ans pour la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes. Une cohorte est contrôlée pendant les cinq années complètes de chaque programme.

## 8. ÉTUDE DE SUIVI À LONG TERME JUSQU' À L'ADOLESCENCE

Il importe d'assurer un suivi à long terme des enfants participants et des enfants du groupe de comparaison, pour déterminer si les programmes de prévention dans les premières années du développement de l'enfant permettent effectivement de prévenir les difficultés affectives et comportementales au cours de l'adolescence et des premières années de la vie adulte.

## 9. POSSIBILITÉ DE GÉNÉRALISATION DES PROJETS

Pour mieux approfondir la prévention primaire, il est important que les projets soient appliqués sur le terrain dans différents milieux défavorisée, ce qui renseignera sur la possibilité de généraliser le modèle.

## 10. FONDER LE MODÈLE INTÉGRÉ SUR LES DIRECTIVES RELATIVES À LA PARTICIPATION DU MILIEU ET À LA RECHERCHE

La documentation que nous avons passée en revue et notre examen des programmes ontariens soulignent l'importance de la participation du milieu et des travaux de recherche. Comme ils sont parfois sous-équipés au plan de l'animation et de l'infrastructure, certains milieux auront peut-être besoin de ressources et de temps pour le développement communautaire. Les projets exploratoires de recherche en prévention primaire doivent toujours considérer que la participation du milieu et la recherche sont des éléments fondamentaux de la mise en oeuvre de la prévention primaire.

En appliquant à un projet exploratoire de recherche le **MODÈLE INTÉGRÉ ET LES DIRECTIVES RELATIVES À LA PARTICIPATION DU MILIEU ET LA RECHERCHE**, les directeurs des programmes et les chercheurs peuvent escompter que les projets donneront des résultats positifs immédiats, à moyen et à long terme. Le succès de ces programmes mettra clairement en évidence l'ampleur des effets produits par les programmes efficaces de prévention primaire, et l'importance des coûts associés. Ces données contribueront à l'élaboration des politiques et programmes ultérieurs en Ontario.

ANNEXE A

## QUELQUES EXEMPLES DE PROGRAMMES BIEN CONÇUS ET BIEN DOCUMENTÉS

### ENFANTS EN BAS ÂGE

**1. Projet axé sur les soins prénatals et les enfants en bas âge (Olds, et al., 1986)**

Ce projet, mis en oeuvre dans un milieu semi-rural des Appalaches de 100 000 habitants, à risques élevés, visait principalement les jeunes mères célibataires pauvres de moins de 19 ans enceintes pour la première fois depuis 25 semaines ou moins. Les chercheurs ont réparti de façon randomisée les participantes en quatre groupes d'environ 100 personnes chacun. Les services dispensés variaient selon les groupes. Le groupe recevant tous les services de prévention prévus a pu compter sur des visites à domicile pendant la grossesse (soins prénatals et éducation, orientation et soutien comportant notamment la désignation d'une personne de soutien pour la mère, et liaison avec d'autres services) et pendant les deux premières années de vie de l'enfant (éducation des parents, nutrition et développement de l'enfant; évaluation des fonctions sensorielles et du développement à 12 mois et à 24 mois; transports gratuits, coordination et liaison avec les divers services). Seule l'évaluation des fonctions sensorielles et du développement à 12 mois et à 24 mois était prévue pour le groupe de comparaison.

Les interventions se sont révélées plus efficaces dans le cas des femmes présentant les risques les plus élevés (pauvres, non mariées, de moins de 19 ans). On a constaté moins de cas de mauvais traitements infligés aux enfants et de négligence, une amélioration du milieu familial, moins de visites aux urgences, une baisse du taux des accidents, une meilleure utilisation des services offerts, un soutien social non structuré plus important, une amélioration du régime alimentaire et une réduction du tabagisme. Dans le groupe d'intervention à part entière, les femmes célibataires sont retournées en plus grand nombre sur le marché du travail et ont travaillé plus longtemps que dans les autres groupes d'intervention ou le groupe témoin.

En résumé, les points forts de ce programme sont les suivants : qualité de la méthode expérimentale, importance accordée au milieu, grande taille de l'échantillon et diversité des mesures d'évaluation des résultats. Olds et ses collègues fournissent une analyse qualitative des coûts et des économies possibles, fondée sur la prévention des sévices infligés aux enfants, la réduction du coût des soins fournis par les familles d'accueil, et la baisse du coût des prestations d'aide sociale par suite du retour des femmes au travail. Ce programme présente cependant une lacune : il ne comporte pas de données de suivi permettant d'en évaluer les effets à long terme.

**2. Supervision de la santé des enfants (Gutelius, 1977)**

Ce programme fut mis sur pied à l'intention des mères adolescentes de race noire, à risques élevés, dans un milieu défavorisé. Il visait à les suivre depuis le septième mois de la grossesse jusqu'au troisième anniversaire de naissance de l'enfant. Les couples mère-enfant furent répartis de façon randomisée dans un groupe d'intervention (n = 49) ou un groupe témoin (n = 48). Le groupe d'intervention recevait les services suivants : soins prénatals et orientation, visites à domicile par un médecin et une infirmière pour assurer des examens médicaux périodiques aux bébés, visites à domicile par une infirmière chargée d'assurer une stimulation cognitive, de fournir une orientation non structurée et de diriger les participantes vers d'autres services et activités culturelles de groupe.

Les résultats indiquent que les enfants qui ont profité du programme avaient reçu une meilleure nutrition à l'âge d'un an, avaient de meilleures habitudes de sommeil, pouvaient plus facilement s'alimenter eux-mêmes et présentaient moins de problèmes d'alimentation. Leurs résultats au test de psychisme et de motricité de Bayley n'étaient pas différents de ceux du groupe témoin. Â l'âge de trois ans, les enfants participant au programme réagissaient plus rapidement au test de Stanford-Binet et étaient plus actifs que ceux du groupe de comparaison. Â l'âge de cinq ans, moins d'enfants inscrits au programme avaient connu des difficultés de séparation, et ils semblaient plus sûrs d'eux-mêmes, plus confiants et plus à l'aise avec les adultes.

Les mères du groupe d'intervention ont été plus nombreuses que celles du groupe témoin à s'inscrire à des cours et à recevoir leur diplôme d'études secondaires. Un plus grand nombre de pères du groupe d'intervention, par rapport à ceux du groupe témoin, ont gardé leur emploi et participé à la vie familiale. Les mères participantes conversaient également davantage avec leur enfant de deux ans et avaient des attitudes plus positives touchant leur enfant et les méthodes d'éducation.

En résumé, les points forts de ce programme sont les suivants : qualité de la méthode expérimentale, importance accordée à la multiplicité des interventions et grande diversité des mesures d'évaluation des résultats. Il présente cependant les lacunes suivantes : ouverture limitée au milieu, absence de données de suivi à long terme, aucune analyse des coûts.

### 3. Projet de recherche sur le développement familial, Université de Syracuse (Lally, et al., 1988)

Le groupe visé par ce projet était constitué de mères adolescentes, principalement de race noire, célibataires, pauvres et n'ayant pas fait d'études secondaires. Les mères ont participé au programme à compter du septième mois de la grossesse jusqu'au cinquième anniversaire de naissance de leur enfant. Une étude de suivi fut réalisée dix ans plus tard. Un groupe apparié de comparaison fut constitué lorsque les enfants du groupe d'intervention atteignirent l'âge de 36 mois.

Le programme d'intervention comportait des visites à domicile par des instructeurs en développement de l'enfant chargés d'enseigner à la mère des jeux sensorimoteurs et de la conseiller touchant les relations personnelles, les finances, la réorientation professionnelle et l'éducation. Les groupes de parents étaient incités à établir des rapports officiels ou libres de soutien social. Le programme prévoyait aussi des services de garde d'enfants d'une demi-journée par semaine pour les enfants de six semaines à 15 mois, et d'une journée complète pour ceux de 15 mois à 60 mois. Il comportait aussi un service d'orientation vers les autres services communautaires : éducation, nutrition, santé et sécurité, ressources humaines et services divers.

Les résultats indiquent que dès l'âge de 36 mois, les enfants des deux sexes participant au programme ont eu de meilleurs résultats que ceux du groupe de comparaison à un test de quotient intellectuel. Mais à l'âge de 60 mois, ces différences s'étaient estompées. Ils avaient également de meilleurs résultats dans leur test de comportement à 36 mois, jusqu'à la fin de la maternelle. Au cours de leurs années d'étude, on a constaté des effets positifs au cycle moyen chez les filles, mais non chez les garçons : 76 pour cent des filles participant au programme avaient obtenu au moins la note moyenne "C" contre seulement 50 pour cent des filles du groupe de comparaison. La délinquance était moindre chez les garçons participant au programme. Les enfants des deux sexes du groupe d'intervention avaient une plus grande estime d'eux-mêmes, et leur famille avait tendance à exprimer des attitudes plus favorables touchant l'éducation et l'unité de la famille.

En résumé, l'intérêt principal de ce programme est qu'il comporte une période de suivi de dix ans, qui fournit des données sur les effets positifs à long terme du programme sur le groupe participant. Les visites à domicile conjuguées aux services de garde d'enfants ont été un atout pour cette population à risque élevé en permettant aux enfants de profiter de jeux et d'activités d'apprentissage de qualité, et aux mères de poursuivre leur propre développement et des activités éducatives et professionnelles. Un autre avantage de ce programme, c'est qu'il comporte de multiples mesures d'évaluation de son efficacité, même si les résultats escomptés n'ont pas tous été évalués. Soulignons aussi les économies réalisées si l'on tient compte de la baisse de la délinquance.

La principale lacune du programme se situe au plan de la méthode expérimentale. Le groupe de comparaison n'a été constitué que 36 mois après le début du programme. Il a été apparié à l'autre groupe à partir de variables comme le sexe, la race, l'âge, le rang de naissance, l'âge de la mère, l'éducation, le statut socio-économique et l'état matrimonial au moment de la naissance de l'enfant. Mais les données sur l'appariement et le recrutement de l'échantillon de comparaison ne sont pas claires. Tout biais expérimental ne peut donc être écarté.

### 4. Programme de préparation à la naissance (Cowan and Cowan, 1985)

Ce projet visait surtout à préparer les parents aux responsabilités de la naissance et de l'éducation d'un enfant. Les couples furent choisis pendant les trois derniers mois de la grossesse, et un suivi était assuré jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 18 mois. Le programme prévoyait 25 rencontres hebdomadaires de groupes de couples, d'une durée de deux heures et demie chacune, réparties également en périodes d'échanges organisés et libres. Les méthodes d'orientation utilisées faisaient appel aux réactions d'anticipation. Le programme prévoyait aussi un soutien à la dyade conjugale au cours de sa transition vers ses responsabilités parentales. La coanimation des groupes était assurée par trois couples mariés, spécialistes de la santé mentale ayant reçu une formation spéciale pour ce programme.

Le programme prévoyait des mesures d'évaluation de la qualité des rapports entre les conjoints trois mois avant la naissance du premier enfant, puis à six mois, à douze mois et à dix-huit mois, notamment l'évaluation du sens d'identité des parents, la répartition du travail ou des rôles, l'adaptation aux situations stressantes de la vie, le soutien social et l'adaptation au conjoint.

De façon générale, après la naissance de leur enfant, les mères avaient une moins bonne évaluation d'elles-mêmes comme "parents" et "amants". Mais les mères participant au programme se sous-estimaient moins à ce chapitre que celles du groupe de comparaison et retrouvaient plus rapidement la perception d'elles-mêmes qu'elles avaient auparavant. Les mères participant au programme étaient plus satisfaites de la répartition des tâches domestiques au sein du couple. Les pères participant au programme étaient moins satisfaits que les pères du groupe de comparaison lors du suivi à six mois, mais on a constaté la situation inverse lors du suivi à 18 mois. À ce moment, les couples participant au programme ont signalé un niveau plus stable de satisfaction conjugale que les couples du groupe de comparaison.

L'intérêt de ce projet, c'est qu'il fait appel à des rencontres de couples en groupe pendant la transition aux responsabilités parentales. Il comporte également des mesures multiples d'évaluation des résultats, appropriées au développement familial. Sa principale lacune, c'est qu'il ne fournit pas de mesures d'évaluation des résultats pour les enfants ou pour les interactions entre les parents et les enfants. En outre, seules des familles nucléaires de classe moyenne y ont participé, ce qui empêche de

généraliser le modèle aux populations défavorisées.

## ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE

1. **Programmes d'enrichissement précoce. The Institute for Developmental Studies (DS) Program: An Experiment in Early and Sustained Enrichment; Martin Deutsch, Cynthia Deutsch, Theresa Jordan and Richard Grallo; dans As the Twig Is Bent... Lasting Effects of Preschool Programs; Consortium for Longitudinal Studies; 1983; pp. 377-410.**

Les programmes IDS d'enrichissement précoce ont été mis en oeuvre dans des zones densément peuplées du Centre et de l'Est de Harlem, à l'intention des enfants de race noire des deux sexes de quatre à neuf ans. Les enfants ont été choisis en fonction des critères suivants : ils avaient l'âge requis pour aller à la maternelle, parlaient anglais et étaient en bonne santé, sans anomalies apparentes, et leurs parents étaient de condition socio-économique inférieure et avaient accepté de participer au programme. Le programme IDS a été lancé en 1963. Les enfants, qui provenaient de familles ayant choisi pour eux des programmes destinés à l'enfance en difficulté, furent répartis de façon randomisée dans des groupes expérimentaux et des groupes de comparaison. L'échantillon initial comprenait sept strates, pour un total de 1 293 enfants. Tous les enfants des groupes expérimentaux ont profité du programme IDS au niveau de la prématernelle. Un suivi longitudinal a été effectué au cours de la période 1976-1981, comportant des tests et des entrevues auprès de 108 enfants et 83 parents.

Le programme, qui prévoyait des activités de développement de l'enfant et la prestation des petits déjeuners, comportait aussi une évaluation annuelle des aptitudes et des résultats des enfants au cours des cinq premières années. Les attentes des parents, leurs données démographiques et leurs expériences de vie n'ont été évaluées qu'au début du programme. L'examen des données de suivi a porté sur les progrès scolaires, l'estime de soi, l'ambiance familiale, le soutien et les attentes des parents.

Selon les premières évaluations, les enfants des groupes expérimentaux ont eu de bien meilleurs résultats que ceux des groupes de comparaison au plan du rendement, des aptitudes et de la personnalité. Les données relatives au suivi proviennent des études de cas de 28 sujets, ce qu'il faut garder à l'esprit pour bien analyser les conclusions. Les études de cas révèlent des liens importants entre les divers domaines de l'expérience des enfants et donnent à entendre que les programmes scolaires précoces doivent tenir compte de l'influence des autres milieux d'apprentissage primaire qui font partie du contexte de la vie des enfants.

Parmi les points forts de ce projet, soulignons la diversité des éléments de la composante préscolaire, de bons objectifs en matière de santé mentale et un effort en vue du suivi à long terme. Les principales lacunes sont le manque d'uniformité des données antérieures en raison des difficultés de financement, et le fait que les conclusions relatives au suivi sont fondées sur un nombre relativement restreint d'études de cas.

## 2. Programme d'éducation compensatoire. Compensatory Education in the Preschool: A Canadian Approach; The University of Western Ontario Preschool Project (Mary Wright, 1983 High Scope Press).

Ce programme a été mis en oeuvre à l'Université Western Ontario (Laboratory Preschool) et administré par le Département de psychologie. Il était destiné aux enfants dont l'âge au moment de l'inscription variait entre deux ans et dix mois et quatre ans et huit mois. Les enfants furent constitués en groupes équilibrés selon le sexe et hétérogènes selon l'âge. La proportion des enfants provenant de milieux à faible revenu par rapport à ceux de milieux à revenu élevé a varié au cours de la durée du programme, mais la proportion d'enfants de milieux à faible revenu n'a cessé d'augmenter. Au cours de la troisième et de la quatrième année du programme, il y avait dix enfants provenant de milieux à faible revenu et 18 de milieux à revenu élevé. Le taux d'encadrement était de un adulte pour sept enfants vers la troisième année du programme. Axé sur le jeu, l'individualisation et la cognition, le programme visait à répondre aux besoins des enfants dans toutes leurs dimensions. Aucun programme officiel n'était prévu pour les parents, qui étaient incités à participer et à observer. Le soutien nécessaire était offert aux parents à faible revenu (p. ex., frais de transport pour participer aux activités).

L'évaluation du programme comportait des contrôles internes, au lieu de contrôles externes. Par exemple, des comparaisons furent effectuées entre les enfants de milieux défavorisés inscrits au programme à l'âge de quatre ans et l'ayant suivi pendant une seule année et les enfants des mêmes milieux inscrits à l'âge de trois ans et l'ayant suivi pendant deux ans. Le programme regroupait en tout 80 enfants de trois et de quatre ans, 40 provenant de familles à faible revenu et 40 de familles à revenus élevés. Deux groupes furent constitués, pour ceux inscrits à l'âge de trois ans et ceux inscrits à l'âge de quatre ans, soit un groupe de 60 enfants et un autre de 20.

Le rendement, les aptitudes intellectuelles, les aptitudes à la résolution de problèmes, les aptitudes cognitives et les aptitudes sociales furent évaluées en vue de connaître les effets immédiats du programme. Il en ressort que le fait de suivre pendant deux ans un programme d'éducation compensatoire est plus avantageux pour les enfants provenant de familles à faible revenu, mais a moins d'importance pour les enfants provenant de familles à revenus élevés. Les garçons avaient de meilleurs résultats que les filles au plan des aptitudes sociales, les filles s'améliorant cependant au cours des deux années. Les enfants ayant des aptitudes moyennes et provenant de familles à revenu modeste ont eu de meilleurs résultats que ceux provenant des mêmes milieux mais ayant des aptitudes réduites. Un suivi effectué auprès des enfants des programmes préscolaires provenant de familles à faible revenu par rapport aux enfants des mêmes milieux n'ayant aucune expérience préscolaire a révélé que les enfants du groupe témoin n'ont pas augmenté leur quotient intellectuel en maternelle autant que ceux ayant suivi un programme préscolaire. Les effets sur d'autres domaines de compétence ont été plus difficiles à évaluer avec le temps en raison de la nature subjective de cette évaluation. Au fil des années, les données recueillies ont porté sur un nombre toujours plus réduit d'enfants.

L'intérêt de ce programme, c'est qu'il a été réalisé au Canada, qu'il décrit de façon détaillée le programme préscolaire et qu'il cherche à évaluer une gamme variée de domaines. Ses lacunes découlent du nombre limité d'enfants de familles à faible revenu inscrits au programme et de son implantation à l'extérieur d'un milieu défavorisé. Les données relatives au suivi ont été recueillies pendant cinq ans, mais l'attrition de l'échantillon a influé négativement sur la validité des conclusions.

**3. Trois modèles de programme préscolaire. Consequences of Three Preschool Curriculum Model through Age 15; Lawrence Schweinhart, David Weikart, Mary Larner; Early Childhood Research Quarterly; 1986; pp. 15-45.**

Ce programme a été mis en oeuvre dans le système scolaire public d'une petite ville du Centre-Ouest américain. Il s'adressait aux enfants ayant atteint l'âge de trois ans entre 1967 et 1969, provenant de familles ayant un statut socio-économique inférieur, et dont les résultats lors de tests avaient indiqué qu'ils présentaient des risques d'échec scolaire. Les groupes comprenaient 68 pour cent d'enfants de race noire et 54 pour cent d'enfants de sexe féminin.

Les enfants furent répartis de façon randomisée en trois groupes selon trois modèles de programme : programme High Scope, programme Distar et programme traditionnel. Les trois groupes étaient relativement semblables, sauf que les mères des enfants du groupe traditionnel avaient une scolarité plus grande et que ce groupe comptait moins d'enfants de race noire. Le programme High Scope et le programme traditionnel incitaient les enfants à prendre des initiatives, alors que le programme Distar était davantage axé sur l'enseignant.

Un groupe témoin d'enfants de trois ans légèrement plus défavorisés, mais ayant un quotient intellectuel analogue, permit d'établir des comparaisons touchant les résultats au plan intellectuel et des réalisations avec le temps. Des 68 enfants de l'échantillon initial, 54 furent interviewés à l'âge de 15 ans. Les taux de persévérance pour les données antérieures à l'âge de dix ans étaient d'au moins 90 pour cent. Les éléments suivants furent évalués à l'âge de 15 ans : estime de soi, attitudes, et divers aspects de la santé mentale comme la perception du centre de commande et les attitudes à l'égard des enseignants et de l'apprentissage.

Les résultats furent les suivants : augmentation importante du quotient intellectuel chez tous les enfants participant aux trois programmes préscolaires, par rapport à ceux du groupe témoin. Les différences moyennes de quotient intellectuel s'étaient cependant stabilisées en 2$^{e}$ année. On a constaté un rendement relativement faible au plan social chez les enfants du groupe Distar à l'âge de 15 ans. Les résultats mettent en évidence la qualité particulière du programme High Scope, axé sur l'enfant, qui répond le mieux aux besoins de croissance de ces enfants.

Les avantages de cette étude résident dans le suivi longitudinal de dix ans et un contrôle rigoureux de l'expérience et des conditions de traitement. Ses lacunes viennent de ses limites : elle ne peut être généralisée qu'à des programmes bien appliqués. Cette étude a aussi été critiquée pour la mauvaise élaboration du programme d'enseignement direct, qui n'est pas représentatif du programme Distar. La petite taille de l'échantillon pour l'étude des résultats présente aussi des inconvénients. Enfin, même si les objectifs touchant la santé mentale sont évalués, l'évaluation n'est pas assez sensible aux différences en matière de santé mentale.

**4. Final Report: The Impact of Head Start on Children, Families and Communities: Head Start Synthesis Project; Mckey, R., Condelli, L., Barrett, B., McConkey, C. and Plantz; MDHealth and Human Services; June; 1985.**

Ce projet de synthèse constituait une méta-analyse de toutes les études existantes sur les effets du programme Head Start sur le développement cognitif et socio-affectif des enfants et leur état de santé, et ses incidences sur les familles et le milieu. La base de données de la synthèse comprend 210 rapports sur les conclusions du programme Head Start : 134 ont été résumés par le biais d'études narratives classiques, et les 76 autres ont fourni une information quantitative suffisante pour une méta-analyse. Le rapport final révèle que les enfants inscrits au programme Head Start ont fait des gains immédiats importants au plan du développement cognitif et socio-affectif et de leur état de santé. À long terme, les résultats touchant le développement cognitif et socio-affectif des anciens élèves du programme Head Start ne se sont pas stabilisés à un niveau supérieur par rapport à ceux des enfants défavorisés qui n'ont pas suivi ce programme. Un sous-ensemble restreint d'études montre que les enfants ayant suivi le programme préscolaire Head Start étaient plus susceptibles d'être promus à l'école et de ne pas se retrouver dans des classes destinées à l'enfance en difficulté. Le programme Head Start fournissait aussi aux familles des services de santé, sociaux et d'éducation et assurait la liaison avec les services communautaires.

Dans une évaluation critique de cette méta-analyse, Schweinhart et Weikart (1986) soulignent que certaines conclusions peuvent être négatives en raison du fait que des projets de grande qualité et d'autres de qualité médiocre ont été analysés ensemble. En outre, l'organisation de l'étude n'a pas été contrôlée (p. ex., les analyses du groupe expérimental et du groupe témoin ainsi que les pré-analyses et les post-analyses ont fait l'objet de rapports distincts, ce qui peut laisser le lecteur perplexe ou lui faire retenir seulement les résultats de l'un de ces types).

**5. The Philadelphia Study: The Impact of Preschool on Intellectual and Socioemotional Development; dans E.K. Beller, in As the Twig is Bent...; par the Consortium for Longitudinal Studies; 1983.**

Ce programme a été mis en oeuvre dans un quartier urbain pauvre défini comme présentant des risques très élevés de chômage. Ce quartier abritait un groupe de résidents de race noire à faible revenu, en chômage depuis longtemps, qui habitaient des logements inférieurs aux normes. Le programme s'adressait aux enfants de trois et de quatre ans sans handicap physique provenant de foyers à faible revenu. L'échantillon comportait 90 pour cent d'enfants de race noire.

L'étude a eu recours à un modèle quasi-expérimental. On a d'abord recruté 60 enfants pour la prématernelle, et lorsque ces enfants sont entrés en maternelle et en 1re année, on a recruté des échantillons appariés d'enfants de la maternelle et de la 1re année qui n'avaient pas fréquenté la prématernelle. On a ajouté 53 enfants du groupe témoin au niveau de la maternelle, et 52 enfants en 1re année. Tous les enfants fréquentaient quatre écoles de la région.

Un programme de prématernelle axé sur l'enfant était dispensé quatre jours par semaine. Le cinquième jour, les enseignants organisaient des visites à domicile et coordonnaient leurs services avec d'autres sources pertinentes. Le programme comportait aussi un volet santé.

Le suivi a commencé en 1975. Pendant une période de deux ans, 130 des 163 enfants de l'échantillon initial furent localisés, et des données furent recueillies sur leur développement intellectuel, social, motivationnel et affectif. Cette étude semble indiquer que plus un enfant économiquement défavorisé profite de façon précoce d'un programme préscolaire organisé, plus ce programme aura d'incidences la première année sur son développement intellectuel. Mais ces conclusions ne sont

pas concordantes pour tous les critères d'évaluation du développement intellectuel. La durée du programme préscolaire est également associée à des effets positifs importants sur les années d'étude, les observations des enseignants et la persévérance scolaire. Les effets de la durée du programme préscolaire sur les années d'étude supérieures aux quatre premières années étaient plus constants chez les filles, se stabilisaient en 4e année et s'estompaient en 5e année. Les effets positifs sur les attitudes, le rendement intellectuel et la motivation, évalués au cours des trois premières années, étaient associés au fait que les enfants avaient suivi un programme préscolaire. On a constaté un effet important d'interaction sur le développement socio-affectif des enfants selon les variables démographiques et familiales.

L'intérêt de cette étude vient de l'importance accordée aux résultats au plan de la santé mentale et des efforts faits pour évaluer l'importance d'un programme préscolaire en regard des autres circonstances de la vie et de la vie familiale. Ses lacunes résident dans l'absence de répartition randomisée de l'échantillon préscolaire initial et l'âge relativement tardif du début du programme préscolaire (la maternelle était considérée comme la deuxième année du programme préscolaire).

## ENFANTS DU CYCLE PRIMAIRE

1. **Shure, M.B. et Spivak, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A Cognitive approach to prevention; American Journal of Community Psychology; Vol. 10; pp. 341-357.**

Ce projet comportait un programme de formation interpersonnelle cognitive à la résolution de problèmes interpersonnels et cognitifs (ICPS) visant à réduire et prévenir le comportement inhibé ou impulsif chez les enfants de quatre à six ans. Il a été mis en oeuvre dans un quartier du centre-ville de Philadelphie par des enseignants de prématernelle et de maternelle sur une période de deux ans, à l'intention des enfants de race noire, ayant un statut socio-économique inférieur.

L'étude semble avoir eu recours à des essais randomisés auprès d'enfants de cinq garderies participant au programme ICPS la première année, et d'enfants de quatre centres constituant le groupe témoin. L'échantillon comportait 113 enfants dans la composante de formation la première année, et 106 enfants affectés au groupe témoin. Les 131 enfants

participant encore au programme la deuxième année (maternelle) furent répartis en quatre groupes : ayant suivi deux stages (n = 39), ayant suivi un stage en prématernelle (n - 30), ayant suivi un stage en maternelle (n = 35), et n'ayant suivi aucun stage, groupe témoin (n - 27).

Le programme de formation comportait 12 semaines complètes de sessions structurées. Au cours des huit premières semaines, les enfants s'exerçaient à écouter et à observer, et à découvrir que les autres ont des pensées, des sentiments et des motifs lorsqu'ils vivent des problèmes. Au cours des quatre dernières semaines, ces aptitudes étaient intégrées au programme en vue d'aider les enfants à réfléchir aux solutions et aux conséquences de problèmes interpersonnels hypothétiques. Pour favoriser l'acquisition de ces aptitudes, le programme ICPS faisait appel aux illustrations, aux marionnettes et aux méthodes simples de dramatisation.

Voici quelques-uns des résultats du programme :

a) le comportement des enfants en classe s'est amélioré, et cette amélioration s'est poursuivie pendant au moins un an;

b) la formation dispensée a été aussi efficace en maternelle qu'en prématernelle;

c) après un an, le programme a eu les mêmes effets immédiats sur le comportement qu'après deux ans;

d) les enfants bien adaptés participant au programme en prématernelle étaient moins susceptibles que ceux du groupe témoin de présenter des difficultés de comportement sur la période de deux ans.

Ce projet présente l'intérêt suivant : taille relativement importante de l'échantillon; facilité apparente de la formation des enseignants et coûts moindres en découlant; intégration de la formation au programme de prématernelle et de maternelle, mise en oeuvre du programme de formation pour tous les enfants, et démonstration de la prévention primaire des difficultés de comportement chez les enfants initialement bien adaptés; guide des enseignants très détaillé.

Il présente cependant quelques lacunes : échantillons répétés non signalés (le projet a été réalisé au début des années 1970); manque d'explications sur la formation des enseignants et la supervision continue; absence d'indication sur les effets à long terme (p. ex., évolution des enfants en première et deuxième); questions sur la possibilité de généraliser ce projet en Ontario.

**2. Rotheram, M.J., Armstrong, M. and Bogram, C.; (1982), Assertiveness training in fourth and fifth grade children; American Journal of Community Psychology; Vol. 10; pp. 567-582.**

Ce programme a été mis en oeuvre dans une école primaire du Sud de la Californie à l'intention des élèves, garçons et filles, de quatrième, cinquième et sixième. La plupart des enfants provenaient de familles de la "classe ouvrière"; 60 pour cent étaient caucasiens, 35 pour cent Chicanos et 5 pour cent de race noire. Les classes d'élèves choisies avaient été désignées par les enseignants et les administrateurs scolaires comme présentant des lacunes au plan des aptitudes sociales. Elles comprenaient tous les élèves de quatrième et de cinquième (quatre classes chacune) et la moitié des élèves de sixième (deux classes) de cette école.

La recherche a fait appel à des essais randomisés. Tous les enfants des dix classes ont été répartis de façon randomisée par classe dans l'un des trois programmes suivants : a) formation à la confiance en soi, b) intervention contrôlée faisant appel à un jeu de simulation de comportement, et c) aucune intervention (groupe témoin). Les méthodes d'intervention étaient appliquées deux heures par semaine pendant 12 semaines dans des groupes comprenant six élèves chacun, par 12 étudiants universitaires sous la supervision de deux psychologues cliniciens. L'échantillon comprenait quatre classes pour le programme de formation à la confiance en soi, deux classes pour le programme d'intervention contrôlée, et quatre classes pour le programme ne comportant aucune intervention, soit en tout 343 enfants.

L'efficacité du programme de formation à la confiance en soi a été la même sans égard à l'âge ou au sexe des enfants, mais les filles s'étaient affirmées davantage que les garçons à la fin du programme, et les garçons avaient mieux réussi que les filles une tâche de prise de décision en groupe. Les résultats ont indiqué une plus grande confiance en eux-mêmes chez les élèves des classes profitant du programme, au plan de la qualité des solutions présentées selon divers critères d'évaluation. Un meilleur

comportement, un meilleur rendement et une plus grande popularité : tels sont les résultats constatés chez les élèves des classes où était dispensé le programme de formation à la confiance en soi, selon les déclarations des enseignants deux mois après la fin du programme, et celles, un an plus tard, des nouveaux enseignants qui ne savaient rien du programme d'intervention de l'année précédente. Les enfants du groupe de formation à la confiance en soi avaient des notes moyennes supérieures, lors du suivi effectué un an après. Au plan de l'estime de soi ou de la popularité auprès des camarades, on n'a constaté aucune différence significative entre les trois groupes.

Voici les principaux points forts de ce projet : recours à la randomisation, mise en évidence des effets un an après le programme de formation, mise en application du programme par des étudiants universitaires (coûts réduits), taille importante de l'échantillon.

Le projet présente cependant les lacunes suivantes : il n'indique pas l'importance des effets, mais seulement les seuils de signification statistique; rien n'indique que l'école se trouvait dans une zone «à risques élevés»; par ailleurs, comme les classes choisies ont été «désignées par les enseignants et les administrateurs scolaires comme présentant des lacunes au plan des aptitudes sociales», on peut penser que ce projet mérite davantage d'être décrit comme une intervention précoce ou visant un traitement, plutôt qu'une intervention primaire; il y a aussi la question de la fiabilité quant aux enfants plus jeunes et aux groupes présentant des risques plus élevés.

**3. Comer, James P.; The Yale-New Haven Prevention Project: A follow-up study. Journal of the American Academy of Child Psychiatry; Vol. 24; 1985; pp. 154-160.**

Ce programme a été mis en oeuvre dans une école primaire (de la maternelle à la quatrième) du centre-ville de New Haven, au Connecticut. Il s'adressait à tous les enfants de cette école , dont 90 pour cent étaient de race noire et plus de la moitié provenaient de familles recevant des prestations d'aide sociale.

Le projet a eu recours à une méthode quasi-expérimentale. Tous les enfants de l'école ont participé au programme. Le rendement scolaire, l'assiduité et divers indices d'évaluation du «climat de l'école» ont été comparés avec ceux des autres écoles de la ville, et les changements ont

été vérifiés au cours du programme. L'échantillon comprenait environ 400 élèves par année. Commencé en 1968, ce projet s'est poursuivi jusqu'à aujourd'hui. En 1983, on a comparé 24 élèves de septième qui avaient participé au programme de 1975 à 1980, et 24 élèves de septième, appariés selon l'âge et le sexe, fréquentant la même école secondaire de cycle moyen et provenant du même milieu, qui avaient fréquenté une école primaire sans profiter de ce programme. Il n'a pas été établi si le programme avait été plus efficace pour certains élèves que pour d'autres.

Le programme a donné des résultats importants à court terme : a) il a permis d'améliorer le climat général de l'école et le milieu social, selon certains indices comme l'assiduité des élèves, le moral des enseignants, la participation des parents aux activités scolaires et familiales, les difficultés de comportement signalées; b) il a permis aux élèves de quatrième de parvenir à un niveau correspondant à leur année d'étude en lecture et en mathématiques, alors qu'ils accusaient avant le début du programme un retard d'environ un an et demi. Les résultats des élèves de septième, trois ans après la fin du programme, indiquent que ceux qui ont participé au programme ont eu un rendement de beaucoup supérieur lors des tests normalisés sur la langue, les mathématiques et les aptitudes à l'étude, une note moyenne générale plus élevée et une meilleure perception de leur propre compétence.

Ce projet présente l'intérêt suivant : il existe depuis 20 ans; il a été élargi à d'autres écoles d'autres États; il a mis en évidence des effets à long terme chez les élèves trois ans après la fin du programme; il est fondé sur des perspectives théoriques écologiques et accorde beaucoup d'importance au milieu; il a été mis en application dans un milieu présentant des risques élevés.

Il présente cependant les lacunes suivantes : les effets à long terme mis en évidence sont limités au rendement scolaire cognitif et à la perception des compétences scolaires et générales, et ne couvrent pas le domaine socio-affectif ou le comportement; il ne recourt à aucune expérience spécifique pour l'apprentissage des aptitudes aux relations sociales, à la communication ou à l'adaptation; l'échantillonnage de l'étude de suivi est très restreint.

## PROJETS COMMUNAUTAIRES

### 1. Programme parents-enfants du centre communautaire de Jane/Finch.

Ce programme a été mis en oeuvre dans un milieu suburbain de Toronto à risques élevés présentant les caractéristiques suivantes : grande diversité culturelle, logements publics en hauteur, grande densité, proportion élevée de familles ayant de jeunes enfants, nombre élevé de familles à faible revenu et de familles monoparentales. Le volet parents-enfants du centre fournit un soutien social et des programmes de groupe aux femmes isolées qui ont des enfants d'âge préscolaire. Grâce à ses activités importantes de rayonnement, le centre a pu rejoindre les femmes chez elles pour les inciter à participer à ses divers programmes.

L'évaluation a comporté deux séries d'interviews réalisées au cours d'une période de 18 mois auprès des femmes ayant profité des programmes du centre, et la constitution d'un groupe de comparaison faite de façon randomisée à partir des rôles d'évaluation foncière. Des interviews ont été réalisées auprès de 50 femmes du groupe participant et de 200 femmes du groupe de comparaison.

Les femmes qui ont profité des programmes ont indiqué que leurs rapports avec leurs enfants se sont améliorés et que leurs enfants avaient acquis une meilleure socialisation. Les femmes participantes étaient beaucoup moins déprimées cliniquement que celles du groupe de comparaison. Il a été reconnu que ce sont les liens d'amitié établis, et non les contacts professionnels, qui contribuent à prévenir les dépressions.

Les points forts de ce programme sont les suivants : recours à la randomisation pour la constitution d'un groupe témoin, adoption d'une perspective écologique accordant une importance primordiale au soutien social et à la participation du milieu. Ses lacunes sont les suivantes : taille limitée de l'échantillon, manque de données sur le comportement des enfants, courte durée, manque de suivi à long terme.

## 2. Programme de nutrition à Regent Park

Le Groupe des mères seul soutien de famille de Regent Park s'inquiétait des problèmes de nutrition et de saine alimentation dans ce quartier de Toronto qui comprend 9 000 personnes et constitue le complexe résidentiel public le plus ancien et le plus important. Près de la moitié des femmes seul soutien de famille membres de ce groupe reçoivent des allocations familiales. Le projet visait l'établissement d'un jardin potager communautaire, l'organisation de randonnées de cueillette de légumes dans les exploitations maraîchères, une étude de faisabilité sur l'implantation d'une coopérative alimentaire et une enquête sur les habitudes alimentaires et les connaissances en nutrition des mères seul soutien de famille. Plus de 120 mères seul soutien de famille ont participé aux divers éléments du programme.

Selon les témoignages anecdotiques recueillis, on a constaté une plus grande sensibilisation et une modification des habitudes alimentaires chez les 25 mères participantes les plus actives. En raison de la brève durée (quatre mois) du projet, il n'est pas établi que le projet a eu ou non des effets importants sur les attitudes et le comportement en matière de nutrition. Mais notre revue de la documentation indique que le renforcement des réseaux sociaux, l'amélioration des communications entre les voisins, un meilleur sentiment d'appartenance et de partage et le soutien de pairs peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé. L'amélioration de l'état de santé a notamment été associée aux éléments suivants : plus grande intimité, intégration sociale, sentiment d'appartenance, meilleures occasions de se nourrir, plus grande conscience de sa valeur, aide mutuelle, orientation et conseils, et accès à de nouveaux contacts et à une information diversifiée.

## 3. Projet de soutien communautaire Highland-Stirling, Canadian Social Analysts Limited, 1984.

Ce projet a été mis en oeuvre dans un quartier défavorisé de Kitchener-Waterloo dont les résidents présentaient des risques au plan de la santé mentale. Ce quartier se caractérisait par une proportion très élevée de familles monoparentales, un faible niveau de scolarisation, une mobilité résidentielle très grande et un taux de chômage élevé.

Le projet visait avant tout à mettre sur pied une structure communautaire autonome permettant de renforcer les capacités collectives du milieu au plan de la résolution des problèmes, de la prise de décisions, de la participation des citoyens et de l'action collective. Lutherwood a élaboré un programme d'activités et de services communautaires visant à accroître la compétence sociale individuelle, améliorer les relations interpersonnelles et mettre sur pied des structures favorisant la participation et l'animation pour représenter les résidents.

Le programme comportait un pré-test et un post-test, et le recours à des données démographiques, à des questionnaires des participants et à des données individuelles pour évaluer le soutien social, la détresse psychologique, l'estime de soi et le contrôle personnel. L'échantillon comprenait 183 adolescents et adultes.

L'évaluation a révélé que le programme a permis de réduire les taux de dépression et de détresse en favorisant une meilleure perception du soutien social. Lors du suivi, on a constaté une réduction de la dépression et de la détresse psychologique générale.

De graves problèmes méthodologiques ont empêché de faire une évaluation des effets du programme sur le milieu. L'évaluation a donc porté sur ses effets individuels. L'intérêt de cette évaluation vient de ce qu'elle montre que les effets de l'ensemble du programme sont plus importants que la somme de ses éléments. C'est là un argument théorique important qui est bien établi. Les lacunes sont les suivantes : taille réduite de l'échantillon, manque de groupe de comparaison approprié, brève durée du programme.

ANNEXE B

## LISTE DES MEMBRES

## DU

## GROUPE DE CONSULTATION TECHNIQUE

**Maru Barrera, M.A., Ph.D.** - Coprésident. Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Professeur adjoint
Département de psychiatrie
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Directeur
Programme Nourrissons-parents-enfants
Hôpitaux Chedoke-McMaster
Hamilton (Ontario)

**Dianne Bennett-Gates, M.Ed., Ph.D.** - Sous-groupes : Enfants d'âge préscolaire et Recherche

Sciential Research and Computer Services Inc.
Mississauga (Ontario)

**Peggy Birnberg** - Sous-groupe : Participation du milieu

Directrice générale
Opportunity for Advancement
Toronto (Ontario)

**Douglas Brown, Ph.D.** - Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Directeur général
Centre d'évaluation et de services à l'enfance
Burlington (Ontario)

**Joy Davey, Ph.D., C.Psych.** - Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Psychologue
(pratique privée)
London (Ontario)

Directrice (jusqu'en juin 1988)
University Laboratory Preschool
Université Western Ontario
London (Ontario)

**Joey Davidson, B.Sc.N., M.B.A.** - Sous-groupe : Recherche

Superviseur, Soins infirmiers en santé mentale
Division des soins infirmiers
Services de santé de Scarborough
Scarborough (Ontario)

**Margaret Deeth, B.A., A.T.C.M.** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Coordonnatrice
Éducation de la petite enfance
Conseil de l'éducation de Toronto
Toronto (Ontario)

**Barrie Evans, Ph.D., C.Psych.** - Coprésident. Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Directeur des services à l'enfance
Centre Madame Vanier des services à l'enfance
London (Ontario)

**Betty Flint, professeur honoraire** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Coordonnatrice
The Infant Centre
Institute for Child Study
Toronto (Ontario)

**Benjamin H. Gottlieb, M.S.W., Ph.D.** - Sous-groupe : Participation du milieu

Professeur
Département de psychologie
Université de Guelph
Guelph (Ontario)

**André Guitard, M.Ed.** - Sous-groupe : Participation du milieu

Directeur général
Centre des Services familiaux de Prescott-Russell
Hawkesbury (Ontario)

**Bryan Hayday, B.A., M.A.** - Président. Sous-groupe : Participation du milieu

Directeur général
Centre ontarien d'information en prévention
Toronto (Ontario)

**Irene Kyle** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge
Directrice générale
Canadian Mothercraft Society
Toronto (Ontario)

**Betty Ann Manuel, B.Sc.N.** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Superviseure, Santé mère-enfants
Municipalité régionale de Durham
Département des services de santé
Oshawa (Ontario)

**Sharon Marcovitch, Ph.D., C.Psych.** - Présidente. Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Codirectrice
Unité d'évaluation du développement
Hospital for Sick Children
Toronto (Ontario)

**Dan Offord, M.D., FRCP (C)**, National Health Scientist - Président. Sous-groupe : Recherche

Professeur de psychiatrie
Chef de département, Psychiatrie infantile
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Directeur de la recherche
Centre des services familiaux Chedoke
Hôpitaux Chedoke-McMaster
Hamilton (Ontario)

**Gabrielle O'Reilly, B.A., M.Ed.** - Présidente. Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Professeure adjointe
Faculté d'éducation
Édifice Ross, 8$^{e}$ étage
Université York
North York (Ontario)

**S. Mark Pancer, Ph.D., C.Psych.** - Sous-groupe : Recherche

Professeur adjoint
Département de psychologie
Université Wilfrid-Laurier
Waterloo (Ontario)

**Peter Penz, B.A., M.A., D.Phil.** - Sous-groupe : Recherche

Professeur adjoint
Faculté des Sciences de l'environnement
et Études supérieures en travail social
Université York
North York (Ontario)

**Ray DeV. Peters, Ph.D.** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Professeur adjoint
Département de psychologie
Université Queen
Kingston (Ontario)

Expert-conseil en recherche
Centre des services à l'enfance Beechgrove
Kingston (Ontario)

**Frances Poleschuk, B.A., M.Ed.** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Directrice, Canadian Association for Young Children
Vickers Heights (Ontario)

**Naomi Rae-Grant, M.B., B.S., FRCP(C)** - Présidente. Groupe de consultation technique. Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Professeur de psychiatrie infantile et de pédiatrie
Chef de département, Psychiatrie infantile
Université Western Ontario
London (Ontario)

**Ada Schermann** - Sous-groupe : Enfants du cycle primaire

Conférencière et expert-conseil en éducation
Faculté d'éducation
Toronto (Ontario)

**Malcolm Shookner, B.A., M.A.** - Sous-groupe : Participation du milieu

Coordonnateur général
North York Inter-Agency and Community Council
North York (Ontario)

**Carole Sinclair, Ph.D.** - Sous-groupe : Soins prénatals et enfants en bas âge

Directrice
The Dellcrest Resource Centre
Downsview (Ontario)

**Clara Will, B.A., B.Ed.** - Sous-groupe : Enfants d'âge préscolaire

Directrice générale
Adventure Place
Willowdale (Ontario)

ANNEXE C

## BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE :

## SOINS PRÉNATALS ET ENFANTS EN BAS ÂGE


Affleck, A., Tennon, H., Allen, D.A., Gershman, K.; (1986), Perceived social support and maternal adaption during the transition from hospital to home care of high-risk infants, Infant Mental Health Journal, Vol. 7, No. 1, Spring, pp. 6-15.

Ainsworth, Mary D.S., Blehar, M.C., Waters, E. and Wall, S.; (1978), Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Anastasiow, N.J.; (1987), Programs developed in response to teen pregnancies, Infant Mental Health Journal, Vol. 8, No. 1, Spring, pp. 65-74.

Badger, Earladeen; (1977), The infant stimulation/mother training project. In B.M. Caldwell and D.J. Stedman (Eds.) Infant Education: A Guide for Helping Handicapped Children in the First Three Years. New York: Walker and Co.

Baltman, K., Weatherston, D.J., Boger, R., and Richter, R.A.; (1983), Perinatal positive parenting: Parent support groups, Infant Mental Health Journal, Vol. 4, No. 4, Winter, pp. 316-319.

Barquest, K. and Kingston-Martin; (1986), Use of lay home visitors: A primary prevention strategy for families with a newborn, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62, No. 4, Spring-Summer, pp. 558-560.

Boger, R., Richter, R., Weatherston, D.; (1983), Perinatal positive parenting: A program of primary prevention through support of first-time parents, Infant Mental Health Journal, Vol. 4, No. 4, Winter, pp. 297-307.

Booth, C., Barnard, K., Mitchell, S., Spieker, S.; (1987), Successful intervention with multi-problem mothers: Effects on the mother-infant relationship, Infant Mental Health Journal, Vol. 8, No. 3, Fall, pp. 288-305.

Bowlby, J.; (1969), Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment, London: The Hogarth Press.

Bromberg, P.; (1980), Reaching high risk infants via their high risk fathers, Infant Mental Health Journal, Vol. 1, No. 3, Fall, pp. 161-167.

Bronfenbrenner, Urie; (1979), The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Byles, J.A., Boyle, M.H., Offord, D.R. and Links, P.S.; (1985), Maternity homes post-natal support program, Community Programs for Young Mothers, Ministry of Community and Social Services, August.

Connell, David B. and Carew, Jean V.; (1980), Infant activities in low income homes: The impact of family focused intervention. In The Child Family Resource Program, presented at the International Conference on Infant Studies, New Haven, Connecticut, April.

Cowan, Carolyn and Cowan, Philip; (in press), A Preventive intervention for couples becoming parents. In C.F.Z. Boukydis, (Ed.) Research on Support for Parents and Infants in the Postnatal Period. New Jersey: Ablex Publishing Co.

Crittenden, Patricia M.; (1985), Social networks, quality of child rearing and child development, Child Development, Vol. 56, pp. 1299-1313.

Crittenden, Patricia M. and Snell, Martha E.; (1983), Intervention to improve mother-infant interaction and infant development, Infant Mental Health Journal, Vol. 4, No. 1, Spring, pp. 23-30.

Crittenden, Patricia M.; Patterns of Interaction Distinguishing Abusing, Neglecting, Problematic and Adequate Dyads. Author's address: University of Virginia, Psychology Department, Gilmer Hall, Charlottesville, Va. 22903.

Crnic, Keith A., Greenberg, Mark T., Slough, Nancy M.; (1986), Early stress and social support influences on mothers' and high-risk infants' functioning in late infancy, Infant Mental Health Journal, Vol. 7, No. 1, Spring, pp. 19-31.

D'andrea, Michael; (1984), Primary prevention and high risk populations, The Personnel and Guidance Journal, May, pp. 554-557.

Dawson, Peter, van Doornick, William J.; (1981), Programs to support parents of young infants: Lessons from the parent-infant project. Presented at Increasing the Effectiveness of Parent-Infant Support Programs, Society for Research in Child Development, Boston, Mass., April 4.

Derevensky, Jeffrey L., Wasser-Kastner, Esta; (1984), The Effects of an interdisciplinary infant stimulation-parent education intervention program upon infant development, Infant Mental Health Journal, Vol. 5, No. 1, Spring, pp. 3-13.

Erikson, E.H.; (1950), Childhood and Society, New York: Norton.

Flint, Betty M.; (Unpublished), Parent-Infant Centre, Institute of Child Study, University of Toronto, May, 1986.

Flint, Betty; (1988), Evaluation of the Services of the Children's Storefront - Bathurst Street, Toronto, Program Services Branch, Department of Health and Welfare, Canada.

Gutelius, M.F., Kirsch, A.D., MacDonald, S., Brooks, M., McEriean, T.; (1977), Controlled study of child health supervision: Behavioral results, Pediatrics, Vol. 60, No. 3, September, pp. 294-304.

Halpern, R. and Larner, M.; (1987), Lay family support during pregnancy and infancy: The child survival/fair start initiative, Infant Mental Health Journal, Vol. 8, No. 2, Summer, pp. 130-142.

Hasenfeld, Helen; (1981), The child parent drop-in centre: Community based primary prevention, Infant Mental Health Journal, Vol. 2, No. 3, Fall, pp. 155-158.

Helfer, R.E., and Wilson, A.L.; (1982), The parent-infant relationship: Promoting a positive beginning through perinatal coaching, Pediatric Clinics of North America, Vol. 29, No. 2, April.

Herzog, E.P., Cherniss, D.S. and Menzel, B.J.; (1986), Issues in engaging high-risk adolescent mothers in supportive work, Infant Mental Health Journal, Vol. 7, No. 1, Spring, pp. 59-67.

Heverly, M.A., Newman, F.L., and Forquer, S.L.; (1982), Meta-Analysis and Cost Analysis of Preventive Intervention Programs Report, submitted to National Centre for Clinical Infant Programs, Philadelphia, Pa.

Higgins, A.C.; (1984-1985), Nutritional Status and the Outcome of Pregnancy, Annual Report of the Montreal Diet Dispensary.

Hislop, C.; (1982), An outreach approach to high risk parents and their infants, The Mental Health Journal, Vol. 3, No. 2, Summer, pp. 111-116.

Johnson, D.L., Walker, T.; (1987), Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children, American Journal of Community Psychology, Vol. 15, No. 4, pp. 375-385.

Kenkel, M.B.; (1986), Stress-Coping-Support in rural communities: A model for primary prevention, American Journal of Community Psychology, Vol. 14, No. 5, pp. 457-475.

Kurnetz, R.; (1983), Hospital based parenting support for first-time parents: The Perinatal Positive Parenting Program at the William Beaumont Hospital, Infant Mental Health Journal, Vol. 4, No. 4, Winter, pp. 294-296.

Lally, R.J.; (1988), More pride, less delinquency: Findings from the ten year follow-up study of the Syracuse University Family Development Research Program, Zero to Three, April, pp. 13-18.

Landau, R.; (1980), A Program for increasing early identification and prevention of mental health problems in infancy. Infant Mental Health Journal, Vol. 1, No. 3, Fall, pp. 168-174.

Larson, C.; (1980), Efficacy of prenatal and postpartum visits on child health and development, Pediatrics, Vol. 66, No. 2, August, pp. 191-196.

Lewis, J.; (1988), Prevention programs in action, The Personnel and Guidance Journal, May, pp. 550-553.

Minuchin, Salvador, Montalvo, Braulio, et al., Families of the Slums: An Exploration of their Structure and Treatment, New York: Basic Books, 1967.

O'Connor, K.C., Davis, Susan, G. and Sahlein, Nancy, H.; (1984), Primary prevention with mothers and young children, Social Casework, Vol. 65(9), Nov., pp. 559-564.

O'Connor, Susan, Vietze, Peter, Sherrod, K., Sandler, H., and Altemeier, W.; (1980), Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in, Pediatrics, Vol. 66, No. 2, August, pp. 176-182.

Olds, David, L.; (1987), Child maltreatment: Research and theory on the consequences of child abuse and neglect. In D. Cicchetti and V. Carlson (Ed.) Cambridge University Press.

Olds, David, L.; (1987), The prenatal/early infancy project. In E. Cowan (Ed.) Model Prevention Programs. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Olds, David, L.; (1986), An intervention program for high-risk families. In R.A. Hoekelman, (Ed.) A Round Table on Minimizing High-Risk Parenting, Pennsylvania: Harwal Publishing.

Olds, David, L., Henderson, Charles, R., Tatelbaum, Robert and Chamberlin, Robert; (1986), Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation, Pediatrics, Vol. 77, No. 1, January.

Olds, David, L.; (1980), Improving formal services for mothers and children. In J. Garabarino, and H. Stocking (Eds.) Protecting Children from Abuse and Neglect: Developing and Maintaining Effective Support Systems for Families, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Peterson, Mary K.; (1982), Providing support for infants in severely disorganized families, Infant Mental Health Journal, Vol. 3, No. 2, Summer, pp. 117-125.

Piaget, J.; (1952), The Origins of Intelligence in Children, New York: International Universities Press.

Provence, Sally; (1985), On the efficacy of early intervention programs, Development and Behavioral Pediatrics, Vol. 6, pp. 363-366.

Quinton, D. and Rutter, M.; (1985), Family pathology and child psychiatric disorders: A four year prospective study. In A.R. Nichol, (Ed.) Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry.

Robins, Lee N. and Earls, Felton; (1982), A program for preventing anti-social behavior for high-risk infants and pre-schoolers: A research prospectus. In R.L. Hough, P.A. Gongla, V.A. Brown, and S.E. Goldston, (Eds.) Psychiatric Epidemiology and Prevention: The Possibilities, Neuropsychiatric Institute, Univ. of California and National Institute of Mental Health.

Rolf, Jon E., Bevins, Susan, Hasazi, Joseph E., Crowther, Janis and Johnson, Jeannette; (1982), Prospective Research with Vulnerable Children and the Risky Art of Preventative Intervention. In H.A., Moss, R. Hess, and C. Swift (Eds.) Early Intervention Programs for Infants. New York: Haworth Press, pp. 107-121.

Roosa, Mark W.; (1982), Teenage Parenting and Child Development: A Literature Review, Infant Mental Health Journal, Vol. 3, No. 1, Spring, pp. 4-15.

Sameroff, A.J. and Chandler, M.J.; (1975), Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz (Ed.) Review of Child Development Research, Chicago: University of Chicago Press, Vol. 4, pp. 181-241.

Scarr, Sandra and McCartney; (1988), Far from home: An experimental evaluation of the Mother-Child Home Program in Bermuda, Child Development, Vol. 59, pp. 531-543.

Seitz, Victoria; (1985), Effects of family support intervention: A ten year follow-up, Child Development, Vol. 56, pp. 376-391.

Sherrod, Kathryn B., O'Connor, Susan, Veitz, Peter M. and Altemeier, William A.; (1984), Child health and maltreatment, Child Development, Vol. 55, pp. 1174-1183.

Siegal, Earl, Bauman, K.E., Schaefer, E.S., Saunders, M.M. and Ingram, D.D.; (1980), Hospital and home support during infancy: Impact on maternal attachment, child abuse and neglect and health care utilization, Pediatrics, Vol. 66, No. 2, August, pp. 183-190.

Solyom, Antal E.; (1981), Mental health consultation in infant day care: A new frontier of prevention, Infant Mental Health Journal, Vol. 2, No. 3, Fall, pp. 188-196.

Werner, Emmy E.; (1988), Individual differences, universal needs: A thirty year study of resilient high risk infants, Zero to Three, April.

Wheeler-Liston, Carol L.; (1987), An effective, Replicable Prevention Program for Infants Born at Risk with Pre-school Developmental Outcome Date From a Follow-up Sample. Presented at NCCIP's Fifth Bienneal National Training Institute, December 4-6, Washington, D.C.

Wieder, Serena, Jasnow, M., Greenspan, S.I. and Strauss, M.; (1983), Identifying the multi-risk family prenatally: Antecedent psychosocial factors and infant developmental trends, Infant Mental Health Journal, Vol. 4, No. 3, Fall, pp. 165-200.

ANNEXE D

## BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE :

## ENFANTS D'ÂGE PRÉSCOLAIRE


Berrueta-Clement, J., Schweinhart, L.J., Barnett, W.S., Epstein, A.S. and Weikart, D.P.; (1984), Changed Lives: The Effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age 19. Michigan: High/Scope Press.

Bryant, Donna, Ramey, Craig; (1987), An analysis of the effectiveness of early intervention programs for environmentally at-risk children. In M.J. Guralnick and F.C. Bennett (Eds.) The Effectiveness of Early Intervention for At-Risk and Handicapped Children. Toronto: Harcourt Brace Jovanovich, pp. 33-78.

Casto, G. and Lewis A.; (1984), Parent involvement in infant and preschool programs, Journal of the Division of Early Childhood, Vol. 9, pp. 49-56.

Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., 1983, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Deutsch, M. Deutsch, C., Jordan, T. and Grallo, R.; (1983), The IDS program: An experiment in early and sustained enrichment. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 377-410.

Farnworth, Margaret, Schweinhart, L. and Berrueta-Clement, J.; (1985), Preschool intervention, school success and delinquency in a high-risk sample, American Educational Research Journal, Vol. 22(3), pp. 445-64.

Fuller, C., Vandiviere, P. and Kronberg, C.; (1987), Talkline: An evaluation of a call-in telephone service for parents, Journal of the Division of Early Childhood, Vol. 11(3), pp. 265-270.

Gersten, Russell; (1986), Response to "Consequences of three preschool curriculum models through age 15", Early Childhood Research Quarterly, Vol. 1(3), pp. 293-301.

Gray, S., Ramsy, B. and Klaus, R.; (1983), The early training project 1962-1980. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 33-70.

Guralnick, Michael and Bennett, Forrest; (1987), Early intervention for at-risk and handicapped children: Current and future perspectives. In M. Guralnick and F. Bennett (Eds.) The Effectiveness of Early Intervention for At-Risk and Handicapped Children. Toronto: Harcourt, Brace, Jovanovich, pp. 365-382.

Head Start Performance Standards, Administration for Children, Youth and Families, Department of Health and Human Services, 1975.

Jester, R., and Guinagh, Barry, J.; (1983), The Gordon parent education infant and toddler program. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 103-132.

Johnson, D.L., and Walker, T.; (1987), Primary prevention of behavior problems in Mexican-American children, American Journal of Community Psychology, Vol. 15(4), pp. 375-385.

Kale, Phillip, S. and Cole, Kevin, N.; (1988), Comparison of academic and cognitive programs for young handicapped children, Exceptional Children, Vol. 54(5), pp. 439-447.

Karnes, M.B., Schwedel, A.M. and Williams, M.B.; (1983), A comparison of 5 approaches for educating young children from low-income homes. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 133-169.

Kuno, Beller, E.; (1983), The Philadelphia study: The impact of preschool on intellectual and socioemotional development. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 333-376.

Lazar, Irving; (1983), Discussion and Implications of the findings. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 461-467.

Lazar, I. and Darlington, R.; (1982), Lasting effects of early education: A Report from the Consortium for Longitudinal Studies, Monographs of the Society for Research in Child Development, #195, Vol. 47(2-3).

Levenstein, Phyllis, O'Hara, John and Madden, John; (1983), The Mother-Child Home Program of the Verbal Interaction project. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 237-264.

McKey, Condelli, Ganson, Barrett, McConkey and Plantz, The Impact of Head Start on Children, Families and Communities. (Final Report of the Head Start Evaluation, Synthesis and Utilization Project), Washington, D.C. CSR, June, 1985.

Miller and Dyer, Four Preschool Programs: Their Dimensions and Effects, Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol. 40, Nos. 5-6, 1975.

Miller, Louise, B. and Bizzell, Rondeall; (1983), The Louisville Experiment: A comparison of four programs. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 171-200.

Palmer, Francis, H.; (1983), The Harlem Study: Effects by type of training, age of training, and social class. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 201-236.

Pierson, D.E., Tivran, T., and Walker, D.K.; (1984), A school-based program from infancy to kindergarten for children and their parents, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 445-455.

Ramey, C.T. and Campbell, F.A.; (1984), Preventive education for high-risk children: Cognitive consequences of the Carolina Abecedarian Project, American Journal of Mental Deficiency, Vol. 88, pp. 515-523.

Resnick, Gary; (1985), Enhancing parental competencies for high risk mothers: An evaluation of prevention effects, Child Abuse and Neglect, Vol. 9(4), pp. 479-489.

Schorr, Lisbeth, B.; (1988), Within our reach: Breaking the Cycle of Disadvantage. New York: Anchor Press, pp. 256-290.

Schweinhart, Lawrence, J.; (1986), Consequences of three preschool curriculum models through age 15, Early Childhood Research Quarterly, Vol. 1(1), pp. 15-45.

Schweinhart, Lawrence, J.; (1985), Effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19: A summary. Topics in Early Chiildhood Special Education Quarterly, Vol. 5(2), pp. 26-35.

Vopave, Judy and Royce, Jacqueline; (1987), Comparison of the Long-term Effects of Infant and Preschool Programs on Academic Performance. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, March 27.

Woodhead, Martin; (1988), When psychology informs public policy: The case of early childhood intervention, American Psychologist, Vol. 43(6), pp. 443-454.

Woolman, Myron; (1983), The Micro-Social Learning Environment: A strategy for Accelerating Learning. In Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent..., New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 265-298.

Wright, Mary, J.; (1983), Compensatory Education in the Preschool: A Canadian Approach. Ypsilanti, Michigan: High/Scope press.

Zigler, Edward, F.; (1987), Formal schooling for four-year-olds? North American Psychologist, Vol. 42(3), pp. 254-260.

Zigler, Edward, F. and Valentine, J., (Eds.); (1979), Project Head Start: A Legacy of the War on Poverty. New York: Free Press, 1979.

ANNEXE E

## BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE :

## ENFANTS DU CYCLE PRIMAIRE


Baker, S.B., Swisher, J.D., Nadenichek, P.E., and Popowicz, C.L.; (1984), Measured effects of primary prevention strategies, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 459-463.

Barclay, J.R.; (1984), Primary prevention and assessment, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 475-478.

Bower, E.M.; (1987), Prevention: A word whose time has come, American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 57, pp. 4-5.

Bronstein, P.; (1984), Promoting health emotional development in children, Journal of Primary Prevention, Vol. 5, pp. 92-110.

Cauce, A.M., Comer, J.P., and Schwartz, D.; (1987), Long term effects of a systems-oriented school prevention program, American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 57, pp. 127-131.

Comer, J.P.; (1976). Improving the quality and continuity of relationships in two inner-city schools. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 15, pp. 535-545.

Comer, J.P.; (1980). School Power: Implications of an intervention project. New York: Free Press.

Comer, J.P.; (1985), The Yale-New Haven primary prevention project: A follow-up study, Journal of American Academy of Child Psychiatry, Vol. 24, pp. 154-160.

Cowen, E.L. (Ed.); (1982), SPECIAL ISSUE: Research in primary prevention in mental health, American Journal of Community Psychology, Vol. 10(3).

Cowen, E.L. and Hightower, A.D.; (1987), The primary mental health project: Alternative approaches in school-based preventive intervention. In T.B. Gutkin, and C.R. Reynolds (Eds.), The Handbook of School Psychology, 2nd. ed. New York: John Wiley.

Durlak, J.A.; (1983). Social problem-solving as a primary prevention strategy. In R.D. Felner, L.A. Jason, J.N. Moritsugu, and S.S. Farber (Eds.), Preventive psychology: theory, research and practice. New York: Pergamon Press, pp. 31-48.

Durlak, J.A.; (1983). Primary prevention of school maladajustement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53(5), pp. 623-630.

Elias, M.J.; (1987). Establishing enduring prevention programs: Advancing the legacy of Swampscott, American Journal of Community Psychology, Vol. 15, pp. 539-553.

Elias, M., Gara, M., Ubriaco, M., Rothbaum, P., Clabby, and Schuyler, T.; (1986), Impact of a preventive social problem solving intervention on children's coping with middle-school stressors, American Journal of Community Psychology, Vol. 14, pp. 259-270.

Feshbach, N.D., and Cohen, S.; (1988), Training affect comprehension in young children: An experimental evaluation, Journal of Applied Developmental Psychology, Vol. 9, pp. 201-210.

Jones, M.B., Offord, D.R.; (1983), Skill development: A community intervention program for the prevention of antisocial behavior. In S.B. Guze, F.J. Earls, and J.E. Barrett (eds.)., Childhood Psychopathology and Development. New York: Raven Press, pp. 165-188.

Jones, M.B., Offord, D.R.; (in press), Reduction of anti-social behavior in poor children by nonschool skill development, Journal of Child Psychology and Psychiatry.

Joran, T.J., Grallo, R., Deutsch, M., and Deutsch, C.P.; (1985), Long-term effects of early enrichment: A 20-year perspective on persistence and change, American Journal of Community Psychology, Vol. 13, pp. 393.

Lorion, R.P. Work, W.C., and Hightower, A.D.; (1984), A school-based multi-level preventive intervention: Issues in program development and evaluation, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 479-484.

Lotyczewski, B.S., Cowen, E.L., Weissberg, R.; (1986), Relationships between health problems and school adjustment of young children, Journal of Special Education, Vol. 20, pp. 241-250.

Morgan, C.; (1984), A curricular approach to primary prevention, The personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 467-469.

Moskowitz, J.M., Schaps, E., and Malvin, J.H.; (1982), Process and outcome evaluation in primary prevention: The magic circle program, Evaluation Review, Vol. 6, pp. 775-788.

Offord, D.R.; (1985). Prevention of behavioral and emotional disorders in children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28(1), pp. 9-19.

Ontario Goals for Primary Grades (1984). Program expectations for primary children. In Report of the early primary education project. Toronto: Ontario Ministry of Education.

Parker, F.L., Piotrkowski, C.S., and Peay, L.; (1987), Head start as a social support for mothers: The psychological benefits of involvement, American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 57, pp. 220-233.

Pedro-Carroll, J.L., and Cowen, E.L.; (1985). The children of divorce intervention program: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 53, pp. 603-611.

Pedro-Carroll, J.L., Cowen, E.L., Hightower, A.D., and Guare, J.C.; (1986), Preventive intervention with latency-aged children of divorce: A replication study, American Journal of Community Psychology, Vol. 14, pp. 277-290.

Peterson, L. (Ed.); (1985), Special Series: Primary prevention of childhood disorders, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 53(5).

Pierson, D.E., Walker, D.K., and Tivnan, T.; (1984), A school-based program from infancy to kindergarten for children and their parents, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 448-454.

Report of the Early Primary Education Project, (1985). Toronto: Ontario Ministry of Education.

Report of the National Mental Health Association Commission on the Prevention of Mental-Emotional Disabilities. (1986) Alexandria, Virginia: National Mental Health Association.

Rotheram, M.J.; (In Press), Assertiveness Training with children. In Price, R., Cowen, E., Lorion, R., and Ramos-McKay, J.; (1988), Primary Prevention: Exemplary Model Programs. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Rotheram, M.J.; (1987), Children's social and academic competence, Journal of Educational Research, Vol. 80, pp. 206-211.

Rotheram, M.J.; (1982), Social skills training with underachievers, disruptive and exceptional children.

Rotheram, M.J.; (1982), Variations in children's assertiveness due to trainer assertion level, Journal of Community Psychology, Vol. 10, pp. 228-236.

Rotheram, M.J.; (1980), Social skills training programs in elementary and high school classrooms. In D. Rathjen and J. Foreyt, Social Competence: Intervention for Children and Adults. New York: Pergamon Press, N.Y.

Rotheram, M.J., Armstrong, M., and Booraem, C.; (1982), Assertiveness training in fourth and fifth-grade children, American Journal of Community Psychology, Vol. 10, pp. 567-582.

Seitz, V., Apfel, N., Rosenbaum, L., and Zigler, E.; (1983), Long-term effects of projects Head Start and Follow Through: The New Haven project. In Consortium for Longitudinal Studies, Lasting effects of preschool programs. New Jersey: Lawrence Erlbaum Assoc.7.

Shaw, M.C., Goodyear, R.K.; (1984), Prologue to primary prevention in schools, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 446-447.

Shure, M. and Spivack, G.; (1982), Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention, American Journal of Community Psychology, Vol. 10, pp. 341-357.

Sprinthall, N.A.; (1984), Primary prevention: A road paved with a plethora of promises and procrastinations, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 491-495.

Stillwell, W.E., DeMers, S.T., and Niquette, G.F.; (1985). In S.I. Pfeiffer (Ed.), Clinical child psychology - An introduction to theory, research and practice. Orlando: Grune and Stratton, 1985.

Woodhead, Martin; (1988), When psychology informs public policy: The case of early childhood intervention, American Psychologist, Vol. 43(6), pp. 443-454.

ANNEXE F

## BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE :

## PARTICIPATION DU MILIEU


Anthony, E.J.; (1974), A risk-vulnerability intervention model for children of psychotic parents. In E.J. Anthony and C. Koupernik (Eds.). The Child in His Family, Vol. III of Child of Psychiatric Risk. Toronto: John Wiley and Sons.

Barquest, K. and Martin, H.; (1984), Use of lay home visitors: A primary prevention strategy for families with a newborn, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62, No. 9, pp. 558-560.

Bloom, B.; (1988), Topical Review: Primary prevention and the partnership of clinical, community and health psychology, Journal of Primary Prevention, Spring 8(3), pp. 149-163.

Bronfenbrenner, Urie; (1979), The Ecology of Human Development. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Canadian Public Health Association; (1987), Strengthening Community Health Means Strengthening Communities, Draft Report, Ottawa.

Cohen, A.M.; (Unpublished), The Highland Sterling Neighborhood Project, 1982.

Cohen, E.; (1985), Person-centred approaches to primary prevention in mental health: Situation focused and competence-enhancement, American Journal of Community Psychology, Vol. 13, No. 1, pp. 31-48.

Cohen, S., and T.A., Wills; (1985), Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis, Psychological Bulletin, Vol. 98, No. 2, pp. 310-357.

Craven, P.; (Unpublished), Westview Community Venture - Assessment Report, July, 1981.

Davis, D.; (1982), Participating in community intervention design, American Journal of Community Psychology, Vol. 10, No. 4, pp. 429-446.

Fried, R.; (1980), Empowerment versus Delivery of Services, New Hampshire State Department of Education, Office of Community Education.

Gatz, Barbarin, Tyler, Mitchell, Moran, Wirzbicki, Crawford and Englishman; (1982), Enhancement of individual and community competence: The older adult as community workers, American Journal of Community Psychology, Vol. 10, No. 3, pp. 291-303.

Gottlieb, B.; (1988), Marshalling Social Support: Formats, Processes and Effects. Newbury Park, CA.: Sage Publications Inc.

Gottlieb, B.; (1987), Using social support to protect and promote health, Journal of Primary Prevention, Vol. 8(1 and 2), Fall/Winter, pp. 49-70.

Gottlieb, B., (Ed.); (1983), Social Support Strategies: Guidelines for Mental Health Practice. In Sage Studies in Community Mental Health, Vol. 7, Newbury Park, CA.:Sage Publications Inc.

Harris, I.; (1987), What can we do to prevent the cycle of poverty?, Clifford Beers Lecture delivered at the Child Study Centre, Yale University, March 24, 1987.

Health and Welfare Canada; (1986), Achieving Health for All: A Framework for Helath Promotion.

Hodgson, S.; (1984), Efficient and effective human services: Some assumptions about why and how to involve community residents, Canadian Journal of Community Mental Health, Vol. 3, No. 1, Spring, pp. 27-38.

Hodgson, S.; (Unpublished), Toward Supportive Communities: An Evaluation of the Child/Parent Centre of the Jane-Finch Community and Family Centre, 1984.

Iscoe, I.; (1974), Community psychology and the competent community, American Psychologist, August, pp. 607-613.

Labonte, R.; (1986), Social inequality and healthy public policy, Health Promotion, Vol. 1, No. 3, pp. 341-351.

Labonte, R.; (1987), Community health promotion strategies, Health Promotion, Summer, pp. 5-10.

Labonte, R. and Shannon, W.; (1986), The unequal society: Descriptive evaluation of a community education project, International Quarterly of Community Health Education, Vol. 7(1), pp. 41-49.

Masterpasqua, F. and Swift, M.; (1984), Prevention of problems in childhood on a community wide basis. In M. Roberts and L. Peterson L. (Eds.) Prevention of Problems in Childhood. Toronto: John Wiley and Sons, Inc.

McKnight, John, L.; (1977), Professionalized Service and Disabling Help. In Ideas in Progress Series, Disabling Persons. Guildford and King's Lynn: Biddles Ltd.

McKnight, John, L.; (1985), Health and empowerment, Canadian Journal of Public Health, Supplement one to Vol. 6, May/June, pp. 37-38.

Offord, D.R. and Jones, M.B.; (1983), Skill development: A community intervention program for the prevention of antisocial behavior. In S.B. Guse, J.E. Earls and J.E. Barrett (Eds.) Childhood Psychopathology and Development, New York: Raven Press.

Ontario Ministry of Community and Social Services; (1979), The State of the Art: A background paper on prevention.

Ontario Ministry of Community and Social Services; (1984), Report on Primary Prevention Initiatives in Children's Services.

Ontario Ministry of Community and Social Services; (1985), Planning and Management Considerations for Prevention in Children's Services, Policy Development.

Ontario Ministry of Community and Social Services; (1986), Ontario Child Health Study.

Ontario Ministry of Community and Social Services; (1988), Transitions - Summary, Report of the Social Assistance Review Committee.

Ontario Prevention Clearinghouse; (1988), Community development at work, The Ontario Prevention Clearinghouse Newsletter, Vol. 2, No. 2, July, pp. 2.

Pancer, Mark; (Unpublished), The Cambridge Prevention project: An Evaluation, May, 1988.
Panel on Health Goals for Ontario; (1987), Health for all Ontario.

Perry, Kelpp & Schultz; (1988), Primary prevention of cardiovascular disease: Community wide strategies for youth, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 56, No. 3, pp. 358-364.

Pilsuk, Parks, Kelly and Turner; (1982), The helping network approach: Community promotion of mental health, Journal of Primary Prevention, 3(2), Winter, pp. 116-132.

Puska, Salonen and Nissinen; (1983), Change in risk factors for coronary heart disease during 10 years of a community programme (North Karelia Project), British Medical Journal, Vol. 286, pp. 1857-1860.

Rae-Grant, Boyle, Offord and Thomas; (1984), The Buffering Effect of Protective Factors in Reducing the Incidence of Common Behavioral and Emotional Disorders in Childhood. Paper presented at the Joint Meeting of the American and Canadian Academies of Child Psychiatry.

Report of the Minister's Advisory Group on Health Promotion; (1987), Health Promotion Matters in Ontario.

Research and Policy Committee of the Committee for Economic Development, (1987), Children in Need: Investment Strategies for Educationally Disadvantaged. Committee for Economic Development.

Rosenwald, P.; (1985), Operating a primary prevention program, Children Today, July-August, pp. 7-10.

Rothman, Jack; (1974), Planning and Organizing for Social Change: Action Principles from Social Service Research, New York: Columbia University Press.

Runquist, M. and Behar, L.; (1974), Prevention of Mental Health Problems: Meeting Needs or Imposing Values? Paper on file at the Community and Social Services Library.

Rutter, M.; (1977), Invulnerability or why some children are not damaged by stress. Paper presented at International Symposium New Directions in Children's Mental Health, held at Thisletown Regional Centre, Toronto.

Sarason, S.B.; (1988), The Psychological Sense of Community: Prospects for a Community Psychology, Mass.: Brookline Books.

Sarason, S.B., Carroll, C., Maton, K.; (1988), Human Services and Resource Networks: Rationale, Possibilities, and Public Policy, Mass.: Brookline Books.

Schuh, M.; (Unpublished), Evaluation fo the Timmons Family Life Centre and Toy Lending Library, 1987.

Stolberg and Garrison; (1985), Evaluating a primary prevention program for children of divorce, American Journal of Community Psychology, Vol. 13, No. 2, pp. 111-124.

Unger, D.G., and A. Wandersman; (1985), The importance of neighbors: the social, cognitive and affective components of neighboring. American Journal of Community Psychology, Vol. 13(2), April, pp. 139-169.

Wandersman, A., and Giamartino, G.A.; (1980), Community and individual difference characteristics as influences on initial participation. American Journal of Community Psychology, Vol. 8(2), April, pp. 217-228.

Warren; (1985), Some important aspects of the community. In Studying your Community. New York Free Press, pp. 353-361.

Weiss, H.; (1983), Strengthening families and rebuilding the social infrastructure: A review of family support and educational programs, A State of the Art paper for the Charles Stewart Mott Foundation.

Whitmore, E., and Patrick Kerans, "Participation, Empowerment and Welfare", Canadian Review of Social Policy, No. 22, November, 1988, pp. 51-60.

World Health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association; (1986), Ottawa Charter for Health Promotion. Developed at the International Conference on Health Promotion, November 17-21, Ottawa, Ontario.

ANNEXE G

**BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE :**

**RECHERCHE**


Achenbach, T.M.; (1978), The child behavior profile: Boys aged 6-11, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 46, pp. 478-488.

Albee, G.W.; (1986), Toward a just society: Lessons from observations of the primary prevention of psychopathology, American Psychologist, Vol. 41, pp. 891-898.

Alvin, B., Wylan, L., and McCourt, W.; (1971), Primary prevention: whose responsibility? American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 128(4), pp. 412-417.

Anthony, E.J.; (1982), The preventive approach to children at high risk for psychopathology and psychosis, Journal of Children in Contemporary Society, Vol. 15(1), pp. 67-72.

Barclay, J.R.; (1984), Primary prevention and assessment, The Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 475-478.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mack, J. and Erbaugh, J.; (1961), An inventory for measuring depression, Archives of General Psychiatry, Vol. 4, pp. 561-571.

Bonjean, C.M., Hill, R.J., and McLemore, S.D.; (1967), Sociological Measurement: An Inventory of Scales and Indices. San Francisco, California: Chandler.

Boyle, M.H. and Jones, S.C.; (1985), Selecting measures of emotional and behavioural disorders of childhood for use in general populations, Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 26(1), pp. 137-159.

Bry, B.H. and George, F.E.; (1979), Evaluating and improving prevention programs: A strategy from drug abuse, Evaluation and Program Planning, Vol. 2, pp. 127-136.

Buros, O.K.; (1972), Mental Measurements Yearbook. Highland Park, New Jersey: Gryphon Press.

Buros, O.; (1965), Mental Measurements Yearbook, 6th ed. Highland Park, New Jersey: Gryphon Press.

Buros, O.; (1970), Personality Tests and Reviews. Highland Park, New Jersey: Gryphon Press.

Campbell, D.T. and Stanley, J.C.; (1966), Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research. Chicago: Rand McNally.

Canada; (1978), Treasury Board Secretariat Benefit-Cost Analysis Guide. Ottawa: Supply and Services, Government of Canada.

Caplan, G.; (1980), An Approach to preventive intervention in child psychiatry, Journal of Psychiatry, Vol. 25(8), pp. 671-682.

Carter, D.E. and Newman, F.L.; (1976), A Client-Oriented System of Mental Health Delivery and Program Management. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health.

Ciarlo, J.A.; (1981), The Assessment of Client-Patient Outcome Techniques for Use in Mental Health Programs. Denver, Colorado: National Institute of Mental Health, University of Denver.

Clifford, D.; (1981), Instruments for measuring outcomes in mental health program evaluation: Results of a survey, Evaluation News, 2(1), pp. 54-58.

Cohn, A.H. and Daro D.; (1987), Is treatment too late: what ten years of evaluative research tell us, Child Abuse and Neglect, Vol. 11(3), pp. 433-442.

Cook, T.D., and Campbell, D.T.; (1979), Quasi-Experimentation: Design and Analysis for Field Settings. Chicago: Rand McNally.

Cook, T.D. and Reichardt, C.S.; (1976), Statistical analysis of non-equivalent control group designs: A guide to some current literature, Evaluation, 3, pp. 136-138.

Coopersmith, S.; (1967), The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco: Freeman.

Cowell, E.L.; (1985), Person-centred approaches to primary prevention in mental health: Situation focused and competence enhancement, American Journal of Community Psychology, Vol. 13, pp. 31-48.

Crobach, L.J. et al.; (1981), Toward Reform of Program Evaluation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Culyer, A.J.; (1978), Measuring Health: Lessons for Ontario. Toronto: University of Toronto Press.

Culyer, A.J.; (1980), The Political Economy of Social Policy. Oxford: Robertson.

Cytrynbaum, S., Ginath, Y., Birdwell, J. and Brandt, L.; (1979), Goal attainment scaling: A critical review, Evaluation Quarterly, Vol. 3, pp. 5-40.

Duncan, W.J.; (1981), Quasi-experimental research in organizations: A critique and proposed typology, Human Relations, Vol. 34, pp. 989-1000.

Ellsworth, R.B.; (1979), Review of recommended outcome evaluation measures. In B. Markham, and R. Turner, (Eds.), Survival Kit for Program Evaluators. Piscataway, New Jersey: Rutgers University (New Jersey Program Evaluation Action Committee), pp. 192-206.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. and Cohen, J.; (1976), The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, Archives of General Psychiatry, Vol. 33, pp. 766-771.

Flanagan, J.C.; (1971), Evaluation and validation of research data in primary prevention, American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 41(1), pp. 117-123.

Forquer, S.L.; (1982), Planning primary prevention programs, Children in Contemporary Society, Vol. 14(2-3), pp. 69-78.

Garbarino, J.; (1986), Can we measure success in preventing child abuse? Issues in policy, programming, and research, Child Abuse and Neglect, Vol. 10(2), pp. 143-156.

Garmezy, N.; (1971), Vulnerability research and the issue of primary prevention, American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 41(1), pp. 101-116.

George, L,K. and Bearon, L.B.; (1980), Quality of Life in Older Persons: Meaning and Measurement. New York: Human Science Press.

Geston, E.L. and Jason, L.A.; (1987), Social and community interventions, Annual Review of Psychology, Vol. 38, pp. 427-460.

Goldbloom, R. and Battista, R.N.; (1986), The periodic health examination: 1. Introduction, Canadian Medical Association Journal, Vol. 134, pp. 721-729.

Gottman, J.M. and Glass, G.V.; (1978), Analysis of interrupted time-series experiments. In T.R. Kratochwill (Ed.), Single Subject Research: Strategies for Evaluating Change. New York: Academic Press.

Guba, E.G., and Lincoln, Y.S.; (1981), Effective Evaluation-Improving the Usefulness of Evaluation Results Through Responsive and Naturalistic Approaches. San Francisco: Jossey-Bass.

Hackler, J.C.; (1978), The dangers of political naivete and excessive complexity in evaluating delinquency prevention programs, Evaluation and Program Planning, Vol. 1, pp. 273-283.

Heller, K., Price, R.H., Sher, K.J.; (1980), Research and evaluation in primary prevention: Issues and guidelines. In R.H. Price, R.F. Ketterer, B.C. Bader, and J. Monana (Eds.), Prevention in Mental Health, Research, Policy and Practice (Volume 1). California: Sage.

Ihlevich, D., Gleser, G.C., Gritter, G.W., Kroman, L.J. and Watson, A.S.; (1981), Measuring program outcome: The progress evaluation scales, Evaluation Review, Vol. 5, pp. 451-477.

Jason, L.A., Thompson, D., and Rose, T.; (19860, Methodological issues in prevention. In B.A. Edelstein and L. Michelson (Eds.), Handbook of Prevention. New York: Plenum Press.

Jastak, J. and Jastak, S.; (1979), Wide Range Achievement Test. Wilmington, Delaware: Jastak Associates.

Judd, C.M. and Kenny, D.A.; (1985), The Design and Analysis of Social Research in Applied Settings. Cambridge: Cambridge University Press.

Kane, R.L., Wooley, F.R., Gardener, H.J., et al.; (1976), Measuring outcomes of care in an ambulatory primary care population: A pilot study, Journal of Community Health, Vol. 1, pp. 233.

Kazdin, A.E.; (1978), Methodological and interpretive problems of single-case experimental designs, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 46, pp. 629-642.

Kettner, P.M. and Daley, J.M.; (1988), Designing effective programs, Child Welfare, Vol. 67(2), pp. 99-111.

Kidder, L.H.; (1981), Research Methods in Social Relations, 4th Edition. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Kiresuk, T.J. and Lund, S.H.; (1978), Goal attainment scaling. In C.C. Atkisson, W.A. Hargreaves, M.J. Horowitz, and J.E. Sorenson, (Eds.), Evaluation of Human Service Programs (Chapter 12). New York: Academic Press.

Larsen, D.L., Atkisson, C.C., Hargreaves, W.A. and Nguyen, T.D.; (1979), Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale, Evaluation and Program Planning, Vol. 2, pp. 197-207.

Lave, J.R. and Lave, L.B.; (1977), Measuring the effectiveness of prevention: 1. Health and Society. pp. 273-289.

Mahoney, M.J.; (1978), Experimental methods and outcome evaluation, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 46, pp. 660-672.

Majchrzak, A.; (1984), Methods for Policy Research, Beverly Hills: Sage.

Mazur-Hart, S.F. and Berman, J.J.; (1977), Changing from fault to no-fault divorce: An interrupted time series analysis, Journal of Applied Psychology, Vol. 7, pp. 300-312.

McAllister, D.M.; (1980), Evaluation in Environmental Planning: Assessing Environmental, Social, Economic and Political Trade-offs. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.

Mednick, B.R., Mednick, S.A., Griffith, J.J.; (1981), Introduction: Longitudinal research and intervention: Problems with traditional strategies in mental health research. In F. Schulsinger, S.A. Mednick and J. Knop, (Eds.), Longitudinal Research: Methods and Uses in Behavioural Sciences, Boston: Martinus Nijhoff.

Mednick, B.R., Mednick, S.A. and Griffith, J.J.; (1981), Some recommendations for the design and conduct of longitudinal investigations. In F. Schulsinger, S.A. Mednick and J. Knop, (Eds.), Longitudinal Research: Methods and Uses in Behavioural Sciences, Boston: Martinus Nijhoff.

Meyers, W.R.; (1981), The Evaluation Enterprise. San Francisco: Jossey-Bass.

Miller, D.C.; (1964), Handbook of Research Design and social Measurement. New York: McKay.

Mishan, E.J.; (1975), Cost-Benefit Analysis. London: Allen and Unwin.

Moos, R.H.; (1974), The Social Climate Scales: An Overview. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Najman, J.M. et al.; (1983), Politics, policy, and performance: The primary prevention of disease in two community health centres in Queensland, Australian and New Zeland Journal of Sociology, Vol. 19(3), pp. 476-490.

Nuehring, E.M., Abrams, H.A., Fike, D.F., and Ostrowsky, E.F.; (1983), Evaluating the impact of prevention programs aimed at children, Social Work Research and Abstracts, Vol. 19(2), pp. 11-18.

Nunnally, J.C.; (1975), The study of change in evaluation research: Principles concerning measurement, experimental design, and analysis. In E.L. Struening and M. Guttentag (Eds.), Handbook of Evaluation Research. Vol. 1, Beverly Hills: Sage.

Nunnally, J.C. and Durham, R.L.; ; (1975), Validity, reliability and special problems of measurement in evaluation research. In E. Struening and M. Guttentag (Eds.), Handbook of Evaluation Research, 1. Beverly Hills: Sage.

Offord, D.R.; (1982), Primary prevention: Aspects of program design and evaluation, Journal of the American Acadamy of Child Psychiatry, Vol. 21(3), pp. 225-230.

Orvaschel, H., Sholomskas, D. and Weissman, M.M.; (1980), The assessment of psychotherapy and behavioral problems in children: A review of scales suitable for epidemiological and clinical research (1967-1979). Mental Health Service Systems Reports, Series AN, No. 1, DHHS Publication No. (ADM) 80-1037. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Pancer, S.M.; (1986), The catalogue of goals for residential treatment: An individualized outcome measure for residential childrens' programs, Canadian Journal of Program Evaluation, Vol. 1(2), pp. 69-79.

Pearce, D.W. (Ed.); (1978), The Valuation Of Social Cost. London: Allen and Unwin.

Powell, D.R.; (1987), Methodological and conceptual issues in research. In S.L. Kagan, D.R. Powell, B. Weissland, and E.F. Zigler (Eds.), America's Family Support Programs. New Haven: Yale University Press.

Rappaport, J. and Wurmser, J.H.; (1979), Guide to mental health treatment outcome measures. In B. Markham, and R. Turner, (Eds.), Survival Kit for Program Evaluators. Piscataway, New Jersey: Rutgers University (New Jersey Program Evaluation Action Committee), pp. 207-217.

Ray, A.; (1984), Cost-Benefit Analysis: Issues and Methodologies. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Reimey, C.J., Sparling, J.J., Bryant, D.M., and Wasik, B.H.; (1982), Primary prevention of developmental retardation during infancy, Prevention in Human Services, Vol. 1(4), pp. 61-83.

Reynolds, W.M.; (1984), Depression in children and adolescents: phenomenology evaluation, and treatment, School Psychology Review, Vol. 13(2), pp. 171-182.

Robinson, J.P., Athanasiou, A. and Head, K.B.; (1967), Measures of Occupational Attitudes and Occupational Characteristics. Ann Arbor, Michigan: Survey Research Centre, University of Michigan.

Robinson, J.P. and Shaver, P.R.; (1973), Measures of Social Psychological Attitudes. Ann Arbor, Michigan: Institute for Social Research.

Robinson, J.P. and Shaver, P.R.; (1969), Measures of Social Psychological Attitudes. Ann Arbor, Michigan: Survey Research Centre, University of Michigan.

Rossi, P.H., and Freeman, H.E.; (1982), Evaluation - A Systematic Approach. Beverley Hills: Sage.

Sackett, D.L., Haynes, R.B. and Tugwell, P.; (1985), Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine. Toronto: Little, Brown.

Sanazaro, P.J. and Williamson, J.W.; (1968), End results of patient care: A provisional classification based on reports by internists. Medical Care, Vol. 6, pp. 123.

Schinke, S.P., Gilchrist, L.P., Lodish, D., and Bobo, J.K.; (1983), Strategies for prevention research in service environments, Evaluation Review, Vol. 7(1), pp. 126-136.

Seitz, V.; (1987), Outcome evaluation of family support programs: research design alternatives to true experiments. In S.L. Kagan, D.R. Powell, B. Weissbourd, and E.F. Zigler (Eds.), America's Family Support Programs. New Haven: Yale University Press, pp. 329-344.

Shaw, M.C. and Goodyear, R.K.; (1984), Introduction to special issues on primary prevention, Personnel and Guidance Journal, Vol. 62(8), pp. 444-445.

Shaw, M.E. and Wright, J.M.; (1967), Scales for the Measurement of Attitudes. New York: McGraw-Hill.

Smith, N.L.; (1981), New Techniques for Evaluation. Beverly Hills: Sage.

Staulcoup, H.J., and Royer, T.D.; (1983), The development of preventive methods in child welfare, Children and Youth Services Review, Vol. 5(1), pp. 31-47.

Stolberg, A.L., and Garrison, K.M.; (1985), Evaluating a primary prevention program for children of divorce, American Journal of Community Psychology, Vol. 13(2), pp. 111-124.

Trickett, E.J.; (1984), Toward a distinctive community psychology: An ecological metaphor for the conduct of community research and the nature of training, American Journal of Community Psychology, Vol. 12(3), pp. 261-279.

Udinsky, B.F., Osterlind, S.J., and Lynch, S.W.; (1981), Evaluation Resource Handbook: Gathering, Analyzing, Reporting Data. San diego: Edits.

Waskow, I.E. and Parloff, M.B. (Eds.); (1975), Psychotherapy Change Measures. DHEW Publication No. (ADM) 74-120. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Weiss, C.H.; (1972), Evaluating Action Programs: Readings in Social Action and Education. Boston: Allyn and Bacon.

Williams, A. and Anderson, R.; (1975), Efficiency in the Social Services. London: Robertson.

ANNEXE H

**LISTE DES PROGRAMMES ONTARIENS**

Centre Service Famille de Prescott-Russell
510, rue Principale est
Hawkesbury (Ontario)

Child and Parent Program
265, rue King est
Kitchener (Ontario)

Child's Place
2611, rue Labelle
Windsor (Ontario)

College Montrose Children's Place
Montrose Public School
Toronto (Ontario)

The Cradling Program
c/o Lutherwood
R.R. 3
Waterloo (Ontario)

Creating Together Parkdale Ltd.
1580, rue Queen ouest
Toronto (Ontario)

Crescendo Programs
Pinecrest Queensway Community Services Centre
804, avenue Grenon
Ottawa (Ontario)

Delta Child Care Network
75, rue Stanley
Downsview (Ontario)

Earl Haig Community Daycare
15, avenue Earl Haig
Toronto (Ontario)

Family Focus / Leeds and Grenville
C.P. 271,
32, rue Wall
Brockville (Ontario)

Family Place
North Halton Family and Child Enrichment Centre
185, rue Ontario
Milton (Ontario)

Family Resources for Victoria County
Lindsey (Ontario)

Fashion District Child Care Centre
c/o George Brown College
511, avenue Richmond
Toronto (Ontario)

George Hull Centre for Children and Families
George Hull Centre
Etobicoke (Ontario)

Gerrard Resource Centre
Toronto (Ontario)

Greenway-Chaplin Neighbourhood Association
Cambridge (Ontario)

High Risk Parenting
Scarborough (Ontario)

Infant Development
125, rue Delhi
Guelph (Ontario)

Jane-Finch Community and Family Centre
108 - 4400, rue Janes
Downsview (Ontario)

Jessie's Centre for Teenagers
165, rue Bathurst
Toronto (Ontario)

Kingston and District Association for the Mentally Retarded
Kingston (Ontario)

Merrymount Co-Op Preschool
150, avenue King Edward ouest
London (Ontario)

Minto Counselling Centre
C.P. 2298
Cochrane (Ontario)

Mobile Outreach Services
Family Enrichment Centre
Peterborough (Ontario)

Mothercraft
Child Care Resource Program
Ottawa (Ontario)

Muskoka Family Focus and Children's Place
Bracebridge (Ontario)

Nadmadwin Clinic
Widwenikong
Manitoulin Island (Ontario)

North Kingston Project
Kingston (Ontario)

Notre Dame of St. Agatha
Preschool Community Support Program
77, Promenade Notre-Dame Nord
St. Agatha (Ontario)

Oakville Parent Child Centre
341, rue Kerr
Oakville (Ontario)

Our Place
Brookdale Village
Sudbury (Ontario)

Parent Connection
50, rue Lincoln ouest
Welland (Ontario)

Parent Education Program and Outreach Prevention Program
Kiwanis Centre
Sarnia (Ontario)

Prevention Initiative Consultation Program
798, rue King ouest
Kingston (Ontario)

Primary Prevention Program
Bruce-Grey Children's Services
1266, 16$^{e}$ Rue est
Owen Sound (Ontario)

Program for Encouraging Development
Windsor Essex County Health Unit
Windsor (Ontario)

Service à la jeunesse de Hearst
C.P. 2428
Hearst (Ontario)

Single Mothers and Infant Learning Experience (SMILE)
Regional Municipality of Durham
Department of Health Services
301, rue Golf
Oshawa (Ontario)

South Riverdale Child-Parent Centre
765, rue Queen est
Toronto (Ontario)

Story Book Nursery School
26, avenue Arthur
Essex (Ontario)

Timmins Family Life Centre
176, boulevard Algonquin est
Timmins (Ontario)

Toronto Children's Storefront
1079, rue Bathurst
Toronto (Ontario)

University Laboratory Preschool
Department of Psychology
University of Western Ontario
London (Ontario)

The Warm Line
Windsor (Ontario)

Whitefish Bay Daycare Centre
Politic Post Office
Whitefish Bay (Ontario)

Windsor Early Identification Kindergarten Program
Conseil de l'éducation de Windsor
Windsor (Ontario)

Young Mother's Support Program
200, avenue Sheppard est
Willowdale (Ontario)

Young Parent's Support Group
Hôpital Humber Memorial
Toronto (Ontario)

ANNEXE I

## PROGRAMMES AMÉRICAINS ANALYSÉS

Advance Educational Program for Parents and Children
1226 Northwest 18th Street
San Antonio, Texas

Family Community Resource Centre
Boston Public Housing
Boston, Mass.

Family Enhancement Program
605 Spruce Street
Madison, Wisconsin

Family Focus
2300 Green Bay Road
Evanston, Illinois

Family Life Centre
714 South National
Springfield, Missouri

Fredrick County Family Life Centre Inc.
35 East Church Street
Fredrick, Maryland

Neighbourhood Family Resource Centre
Council on Early Childhood
Centre for Urban Studies
Wayne State University
Detroit, Michigan

The Ounce of Prevention Fund
Chicago, Illinois

Volunteer Clearing House Opportunity Centre
401 Linden Street
Fort Collins, Colorado

Webster Avenue Family Resource Centre
134 Webster Avenue
Rochester, New York

ANNEXE J

## ADJOINTS DE RECHERCHE

## DU

## GROUPE DE CONSULTATION TECHNIQUE

Heather-Anne Driver, B.A., M.S.W. (études en cours)
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Kathleen Kitching, B.A., M.A.
Université Wilfrid-Laurier
Waterloo (Ontario)

Margaret Matthews, Ph.D. (études en cours)
Université Queens
Kingston (Ontario)

Karen Purvis, B.A., M.Ed. (études en cours)
Institut d'études pédagogiques de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Linda A. Steenson, B.A.
Université de Guelph
Guelph (Ontario)

ANNEXE K

**AIDE DU PERSONNEDU**
**MINISTÈRE DES SERVICES SOCIAUX ET COMMUNAUTAIRES**

Sandra Scarth
Directrice
Direction des services à l'enfance

Sydney Woollcombe
Chef de service, Section d'intervention et de prévention
Direction des services à l'enfance

Carol Crill Russell
Coordonnatrice - élaboration des projets
Initiative coordonnée de prévention primaire
Direction des services à l'enfance

Peter Murchison
Coordonnateur - prévention
Direction des services à l'enfance

Heather Martin
Analyste des politiques
Direction des services à l'enfance

Roma Scott
Analyste principal, Recherche et évaluation des programmes
Division de la planification stratégique et des relations intergouvernementales

Nadine Leggett
Révision et coordination des publications
Direction des services à l'enfance

Gabriele Lenk
Coordination du traitement de texte
Direction des services à l'enfance